

---

# **BACHELORARBEIT**

---

Frau  
**Anastasiya Mkhitarian**

**Einmal dick, immer dick? –  
Kommunikationsstrategien zur  
Prävention von Adipositas bei  
Kindern und Jugendlichen**

**2015**

# **BACHELORARBEIT**

---

## **Einmal dick, immer dick? – Kommunikationsstrategien zur Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen**

Autor/in:  
**Frau Anastasiya Mkhitarian**

Studiengang:  
**Angewandte Medien**

Seminargruppe:  
**FF12wR6-B**

Erstprüfer:  
**Prof. Dr. sc. med. Thomas Müller**

Zweitprüfer:  
**Katrin Kramer**

Einreichung:  
Mittweida, 31.07.2015

---

## **Bibliografische Angaben**

Nachname, Vorname: Mkhitarian, Anastasiya

Thema der Bachelorarbeit: Einmal dick, immer dick? – Kommunikationsstrategien zur Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

49 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,  
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2015

## **Abstract**

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit gesundheitsfördernden Präventionsmassnahmen sowie deren Wirkung gegen Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Anhand von Studienergebnissen werden an Schulen und Familien gebundene Präventionsmassnahmen auf ihre Wirksamkeit untersucht. Es soll analysiert werden, welche Interventionsmassnahmen schulische und elterliche Settings anwenden, um Kinder und Jugendliche gesundheitsfördernd zu erziehen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis.....</b>	<b>IV</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>VI</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Adipositas in Deutschland .....</b>	<b>3</b>
2.1 Grundlegendes zu Adipositas .....	3
2.2 Definition Adipositas .....	4
2.3 Body Mass Index (BMI).....	5
2.4 KiGGS-Studie .....	6
2.4.1 Durchführung.....	7
2.4.2 Ergebnisse .....	8
<b>3. Ursachen und Folgen von Adipositas.....</b>	<b>10</b>
3.1 Individuelle Ursachen.....	10
3.1.1 Essverhalten .....	10
3.1.2 Körperliche Aktivität .....	11
3.2 Überindividuelle Ursachen.....	12
3.2.1 Soziale Lage.....	12
3.2.2 Familiäre und genetische Disposition.....	12
3.3 Folgen .....	14
3.3.1 Physische Folgen .....	14
3.3.2 Psychische Folgen .....	14
<b>4. Grundlagen der Gesundheitsförderung.....</b>	<b>16</b>
4.1 Definition Gesundheit.....	16
4.2 Definition Prävention .....	17
4.3 Definition Gesundheitsförderung.....	17
4.3.1 Verhaltensprävention .....	18
4.3.2 Verhältnisprävention .....	19
4.4 Gesundheitsförderungskonzepte .....	21
<b>5. Setting Schule .....</b>	<b>22</b>
5.1 Definition und Bedeutung der Schule als Setting .....	22
5.2 Setting-Ansatz Schule .....	23
5.2.1 Bildung und Gesundheit.....	24
5.2.2 Vorteile im Bezug auf die Chancengleichheit.....	25
5.3 Massnahmen in der Verhaltensprävention .....	27
5.3.1 Emotionale Massnahmen.....	28
5.3.2 Kognitive Massnahmen.....	29
5.3.3 „Lions-Quest - Erwachsen werden“ .....	30
5.4 Massnahmen in der Verhältnisprävention .....	33
5.4.1 „trinkfit - mach mit!“.....	33
<b>6. Familie als Setting.....</b>	<b>37</b>
6.1 Bedeutung der Familie .....	37
6.2 Körperliche Aktivität als Präventionsmassnahme .....	38
6.2.1 Kleinkindalter.....	38
6.2.2 Kinder und Jugendliche.....	40
6.3 Esserziehung als Präventionsmassnahme .....	41

---

6.3.1 Essen lernen .....	41
<b>6.4 Präventionsdilemma in der elterlichen Parti-zipation .....</b>	<b>42</b>
6.4.1 Definition Präventionsdilemma.....	42
6.4.2 Ursachen.....	43
6.4.3 Teilnahmegewinnung der Eltern.....	44
<b>7. Schlusswort .....</b>	<b>47</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>L</b>
<b>Eigenständigkeitserklärung.....</b>	<b>LIX</b>

## Abkürzungsverzeichnis

BDEW	=	Bundesverband der Energie- und Wasserwirtschaft
ebd.	=	ebenda
GKV	=	Gesetzliche Krankenversicherung
HBSC	=	Health Behaviour in School-Aged Children
vgl.	=	vergleiche
WHO	=	World Health Organisation

# 1. Einleitung

Adipositas ist ein wachsendes Problem, welches momentan in Deutschland einen grossen Platz in der Gesundheitspolitik einnimmt. Zugleich ist es ein neues Problem, welches viele individuelle Ursachen hat und erst seit ca. 20 Jahren in der Gesellschaft diskutiert wird. Dieser Gesundheitsstörung bei Kindern und Jugendlichen wird zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet (Vgl. Kurth/Schaffrath Rosario 2010, S. 643).

In der Adoleszenzphase finden bei Jugendlichen viele Veränderungen statt, welche Einfluss auf ihr Essverhalten und ihre Bewegung haben. Werbung, leicht zugängliches und günstiges Essen, hoher Medienkonsum und der damit verbundene Bewegungsmangel begünstigen die Fortschreitung von Übergewicht und Adipositas. In einer Phase der Selbstfindung, der Selbstwahrnehmung als eigenständige Person, sind Kinder sensibel und beeinflussbar. Prävention im Sinne eines gesundheitsfördernden Lebensstils kann deshalb nicht früh genug beginnen. Um Kinder und Jugendliche gesundheitsfördernd zu erziehen, muss man jedoch nicht nur wissen wann, sondern auch, wo und wie man dies tut. Neben verschiedenen Anlaufstellen dienen Settings als geeignete Institutionen, in welcher Präventionsprogramme und ihre Akteure auf verschiedenen Ebenen eingreifen und agieren können. Diese werden als ein Ort verstanden, in welchem verhaltenspräventive Präventionsmassnahmen angeboten werden. In solchen Einrichtungen ist die Kommunikation und Interaktion zwischen Kindern, Lehrern und Eltern möglich, was für eine gelingende Prävention massgebend ist.

In dieser Arbeit werden die Schule (Primarstufe und Sekundarstufe I) und die Familie als Setting fokussiert, da diese die zwei wichtigsten Anlaufstellen für gesundheitsfördernde Massnahmen sind. Es sollen Präventionsmassnahmen vorgestellt und auf ihre Wirkung untersucht werden. Welche Interventionsmassnahmen wenden diese Settings an, um adipöse Kinder und Jugendliche gesundheitsfördernd zu erziehen? Wirken diese langfristig?

An erster Stelle wird Adipositas als Krankheit in Abgrenzung zu Übergewicht definiert. Dabei wird auf die Ursachen und Folgen des Übergewichts eingegangen und die Grundlagen der Gesundheitsförderung werden vorgestellt. In einem weiteren Schritt werden zudem die wichtigsten Präventivmassnahmen erörtert, wobei zwischen einer Verhaltens- und einer Verhältnissebene unter unterschieden wird, welche getrennt betrachtet und analysiert werden. Der Hauptteil dieser Arbeit widmet sich den Settings, welche aufgrund der grossen Erreichbarkeit von Kindern und Jugendlichen eine grosse Bedeutung in der Gesundheitsprävention haben. Die fehlende Selektion ermöglicht, dass Kindern und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien ebenfalls erreicht werden. Der Setting-Ansatz Schule und dessen Bedeutung für Chancengleichheit wird

diskutiert und Massnahmen in der Verhaltens- und Verhältnisprävention vorgestellt. Das amerikanische Programm, welches durch eine Stiftung entstanden, und von der Universität Bielefeld an deutsche gesellschaftliche und schulische Verhältnisse angepasst wurde, soll zuerst vorgestellt werden. Es gehört zu den grössten kompetenzfördernden Programmen in Deutschland und soll Kinder und Jugendliche in der Adoleszenzphase unterstützen und begleiten. Als weiteres Veranschaulichungsmodell für weitere Interventionsmassnahmen soll „trinkfit - mach mit“ vorgestellt werden. Unterstützt von dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und dem Bundesverband der Energie- und Wasserwirtschaft, setze es aus verhältnispräventive Interventionen an, welche empirische gemessen und ausgewertet wurden. Trotz unterschiedlicher Ansätze, haben beide Präventionsprogramme ihre Wirkung nicht verfehlt, weshalb sie in dieser Arbeit Erwähnung finden und dabei als Veranschaulichungsmodell für gelungene Präventionsansätze dienen.

Nebst der Schule wird die Familie als zweites exemplarisches Setting zur Prävention von Adipositas betrachtet. Sie besitzt den direktesten Einfluss auf die Kinder und ist somit eine wichtige Instanz für gesundheitsförderndes Erziehen. Zu Beginn wird die Bedeutung des familiären Umfelds und ihre Einflussfaktoren für Kinder und Jugendliche betrachtet. Es wird auf die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Schule eingegangen, womit ein Bogen zwischen den beiden Settings geschlagen wird. Im Zusammenhang mit der Elternpartizipation wird das Präventionsdilemma erläutert. Denn obwohl sozial benachteiligte Familien von Präventionsmassnahmen am meisten profitieren würden, beteiligen sie sich am wenigsten an diesen. Gründe und Lösungsansätze sollen deshalb besprochen werden. Danach sollen Präventionsmassnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität und im Bezug auf das Essverhalten vorgestellt werden. Durchführung und Wirkung der Massnahmen werden analysiert und dargelegt.

Im Fazit werden die untersuchten Interventionsmassnahmen zur gesundheitsförderlichen Erziehung von adipösen Kindern und Jugendlichen erläutert und deren Wirkung besprochen. Welche Massnahmen zu welcher Zeit ihre grösste Wirkung entfalten und in welcher Kombination zusätzlicher Massnahmen sie wirkungsvoller wird verdeutlicht. Ein Ausblick in die Präventionsforschung bildet den Schluss dieser Arbeit.



## 2. Adipositas in Deutschland

In diesem Kapitel soll Adipositas als epidemische Krankheit vorgestellt werden. Grenzwerte zur Unterscheidung von Übergewicht und Adipositas werden definiert wobei auf die speziellen Eigenschaften zum Body Mass Index bei Kindern eingegangen wird. Danach wird die KiGGS-Studie betrachtet und ihre Durchführung sowie Ergebnisse analysiert.

### 2.1 Grundlegendes zu Adipositas

Übermäßige Essensaufnahme, als Folge der landwirtschaftlichen Revolution, gewann erstmalig Bedeutung, nachdem bis in der 19. Jahrhundert hinein in Deutschland Hungersnöte zum Teil des Alltags gehörten (Vgl. Mata/Munsch 2011, S. 548). Das Krankheitsbild beschäftigte deshalb zunehmend verschiedene Bereiche in der Gesundheitspolitik. Erst in den vergangenen 20 Jahren erfuhr Adipositas im Kinder- und Jugendalter eine Aufmerksamkeit als gesellschaftliches Problem (Vgl. Zwick/Deutsche/Renn 2011, S. 9). Seit 1997 bezeichnet die Weltgesundheitsorganisation WHO Adipositas als Epidemie und stellt ihre Verbreitung in allen Gesellschaftsschichten und Altersgruppen fest (Vgl. WHO 1997, o.S.). „Epidemie ist definiert als das Auftreten von mehr Krankheitsfällen, spezifischen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen oder anderen gesundheitsbezogenen Ereignissen in einer Bevölkerung oder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe“ (Ammon 2012, S. 151). Ebenfalls im gleichen Jahr legte die WHO erstmals weltweit einheitliche Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas fest: BMI 25 für Übergewicht und BMI 30 für Adipositas (Vgl. Schorb/Helmert 2001, S. 32). Für die Darstellung von Übergewicht und Adipositas als eine Epidemie war diese Festlegung von zentraler Bedeutung. „Denn erst durch die global vereinheitlichten Grenzwerte konnte seriöse Schätzungen über die weltweite Betroffenheit vorgenommen werden“ (ebd.). Im Jahr 2000 drückte sich die WHO zum Thema Adipositas und Übergewicht wie folgt aus: „A disease that has assumed epidemic proportions, posing one of the greatest threats to human health and well being in the 21st century“ (WHO 2000, o.S.). Diese Aussage trifft ebenfalls auf Deutschland zu.

In den letzten zwei Dekaden stieg der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas weltweit stark an und übertraf deutlich die Erwartungen aus früheren Schätzungen (Vgl. Kurth/Schaffrath Rosario 2007, S. 736). Dies verdeutlicht, dass die aktuell durchgeführten Massnahmen zur Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter unzureichend sind (Vgl. Wabitsch 2004, S. 251). Denn obwohl Adipo-

sitas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland eine zahlenmässig bedeutende Gesundheitsstörung ist, wurde ihr bis vor kurzem in unserem Gesundheitssystem keine ausreichende Aufmerksamkeit gewidmet. Schulische Edukation und reine informative Fakten sind in der Präventionsarbeit wichtig aber nicht ausreichend. Auch wenn die Datenlage für Deutschland relativ heterogen ist, gibt es dennoch keinen Zweifel daran, dass auch hier der Prozentsatz übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher steigt (Vgl. ebd.). Ebenfalls ist es zu erwarten, dass durch die derzeitige Zunahme der Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen und deren Folgen auf das deutsche Gesundheitssystem und die Gesellschaft erhebliche Kosten zukommen werden (Vgl. ebd.).

Zwar gab und gibt es in Deutschland eine Vielzahl von amtlichen Statistiken, Prozessdaten, lokal oder regional repräsentativen oder nicht-repräsentativen Studien zur körperlichen und psychischen Gesundheit von Kindern, zu deren Gesundheitsverhalten und ihrer Entwicklung, aber diese in ihrer Natur und Qualität sehr heterogenen Daten lassen Informationslücken offen (Vgl. Kurth 2011, S. 6). Ausserdem war eine Repräsentativität auf Bundesebene sowie eine Verknüpfbarkeit der Daten untereinander nicht gegeben (Vgl. ebd.). So gab es bis vor kurzem einen Mangel an einem repräsentativen Datensatz über alle Regionen zu Körpergewicht und Körpergrösse von Kindern und Jugendlichen (Vgl. Kurth/Schaffrath Rosario 2007, S. 736). Dieser Mangel wurde durch die KiGGS-Studie von Mai 2003 bis Mai 2006 durch das Robert Koch-Institut behoben (Vgl. ebd.). Bevor auf die Ursachen und Folgen von Adipositas und die Ergebnisse der bundesweit durchgeführten Studie KiGGS eingegangen wird, soll im folgende Abschnitt die Krankheit Adipositas definiert werden.

## 2.2 Definition Adipositas

„Übergewicht und Adipositas kann allgemein als eine Vermehrung des Körperfetts definiert werden, die über das Normalmass hinaus- und mit einer Gesundheitsgefährdung bzw. mit einem erhöhten Risiko für Folgeerkrankungen einhergeht“ (Hauner/Bosy-Westphal/Müller 2013, S. 2). Die Definition basiert auf Körpermassen, die auf Körpergewicht und Körpergrösse gründen und eine schnelle Klassifizierung erlauben (Vgl. ebd.).

Übergewicht und Adipositas werden als verhaltensinduzierte Phänomene verstanden, die dort entstehen, wo die individuelle Energieaufnahme langfristig den eigenen Energieverbrauch übersteigt (Vgl. Zwick 2011, S. 73). Werden energiereiches Essen oder zuckerhaltige Getränke verzehrt und die aufgenommene Energie nicht verbraucht, führt dies zu einer Entstehung von Übergewicht. Zur Entwicklung der Adipositas bei

Kindern und Jugendlichen über einen grösseren Zeitraum liegen derzeit keine Studien vor, die eine verlässliche Aussage ermöglichen (Vgl. Wirth 2013, S. 26). Aufgrund der assoziierten Morbidität und Einschränkung der Lebensqualität haben Übergewicht und Adipositas eine erhebliche ökonomische Bedeutung (Vgl. ebd.). „Adipöse Personen sind länger krank und werden häufig vorzeitig berentet“ (Wirth 2013, S. 40). Für das Bezugsjahr 2003 liegt eine Schätzung von ca. 13 Mrd. € Adipositas-bedingter Kosten vor, was im internationalen Vergleich sehr hoch liegt (Vgl. Knoll 2011 zit. nach Wirth 2013, S. 42). Doch weniger als 1% der hohen Krankheitskosten entstehen durch die direkte Behandlung (Vgl. Wirth 2013, S. 42). Der Löwenanteil fällt für die Behandlung der Folgeerkrankungen an (Vgl. ebd.).

Das weltweite Ausmass von Übergewicht und Adipositas ist hochgradig mit dem sozioökonomischen Entwicklungsstand und den Lebensbedingungen assoziiert (Vgl. Zwick 2011, S. 73). Während es in den armen Regionen nur eine privilegierte Gruppe leisten kann, einen Lebensstil zu pflegen, der zu Übergewicht und Adipositas führt, besteht in den hoch entwickelten und ökonomisch florierenden Industriestaaten die Kunst darin, dem Überfluss zu trotzen und ‚trotzdem‘ schlank zu bleiben (Vgl. ebd.). „Übergewicht und Adipositas sind in ihrem Kern *Epiphänomene moderner Industrie- und Überflussgesellschaften*“ (ebd., Hervorheb. i. O.). Übergewicht und Adipositas ist somit eine epidemische Krankheitserscheinung, die durch enorme Krankheitskosten durch Folgeerkrankungen eine ökonomische Bedeutung in der Gesellschaft findet. Wie man Übergewicht und Adipositas klassifiziert und welche Bedeutung dem BMI bei Kindern beigemisst, soll im nächsten Abschnitt erläutert werden.

## 2.3 Body Mass Index (BMI)

Dass Übergewicht und Adipositas eine relativ neue Krankheitserscheinung in unserer Gesellschaft darstellen, sieht man an der späten Entstehung der Grenzwerte, welche wie bereits erwähnt, entscheidend für die Wahrnehmung von Übergewicht und Adipositas als Epidemie waren. „Noch bis Ende der 1990er Jahre lagen keine einheitlichen Grenzwerte zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen vor“ (Schorb/Helmert 2001, S. 31). Durch unverbindliche Faustregeln hatten nationale Grenzwerte selten bindenden Charakter (Vgl. ebd.). So verwendete man in Deutschland meistens den Broca-Index. Zur Bestimmung des Normalgewichtes verwendete man die Formel: Körpergrösse in Zentimetern minus 100 (Vgl. Schorb 2009, S. 37). Für Übergewicht wurden 10-15% und für Adipositas 20% des Normalgewichtes addiert (Vgl. ebd.). Diese Berechnungsweise war aber sehr vage und hat Faktoren, welche bei der Messung beachtet werden müssen, nicht einbezogen. Mit den festgelegten Grenzwerten von der WHO hatten die vagen Schätzungen ein Ende.

„Als Grundlage der anthropometrischen Klassifikation des Körpergewichts verwendete man nach internationaler Übereinkunft den ‘Body Mass Index’ (BMI) oder Körpermassenindex“ (Hauner/Bosy-Westphal/Müller 2013, S. 2). Für Erwachsene haben sich weltweit die Definitionen von Übergewicht bei einem BMI  $>25$  und von Adipositas bei einem BMI  $>30$  durchgesetzt (Vgl. Kurth/Schaffrath Rosario 2007, S. 737.).

Wie bei Erwachsenen wird auch bei Kindern der BMI verwendet, es gibt aber keinen einheitlichen Grenzwert für alle Altersgruppen, ab wann ein Kind übergewichtig ist. Denn anders als bei Erwachsenen, gibt es für Kinder und Jugendliche keine einheitlichen Definitionen der Perzentile zur Beurteilung von Unter- und Übergewicht (Vgl. Zubrägel/Settertobulte 2003, S. 164). „Durch altersphysiologische Schwankungen der Fettanteile unterliegen die Perzentile alters- und geschlechtsspezifischen Werten“ (ebd.). Für Kinder und Jugendliche werden deshalb für die Definition von Übergewicht und Adipositas geschlechtsspezifische Altersperzentile verwendet (Vgl. Robert Koch-Institut 2013, S. 32). Ab einem BMI-Wert oberhalb der 90. Perzentile liegt ein Übergewicht vor und bei einem BMI-Wert oberhalb der 97. Perzentile eine Adipositas (Vgl. Wabitsch 2004, S. 251). Die geltenden BMI-Grenzwerte nach Kromeyer-Hauschild wurden in bei KiGGS-Perzentilkurven beachtet (Vgl. Robert Koch-Institut 2013 S. 33). Die veränderten Grundlagen zur Messung des Körperfettanteils ermöglichten eine erstmalige universell anwendbare Methode, welche zu einheitlichen Ergebnissen führte. Nachdem auf die methodischen Grundlagen eingegangen wurde, widmet sich die Arbeit im Folgenden Abschnitt der Datenerhebung und deren Auswertung zum Gesundheitszustand übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland.

## 2.4 KiGGS-Studie

Gesundheitssurveys wurden in Deutschland unter Beteiligung des Robert Koch-Instituts seit den 1980er-Jahren durchgeführt (Robert Koch-Institut 2011, S. 7). Das Robert-Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (Vgl. Robert Koch-Institut 2013, o.S.) Wichtige, für die Gesundheitsplanung relevante Fragen über gesundheitliche Trends, wie zu Beispiel die Zunahme von Übergewicht und Adipositas, aber auch Fragestellungen zu unterschiedlichen gesundheitlichen Verläufen, lassen sich nur zuverlässig auf der Grundlage von wiederholten Querschnittuntersuchungen und mit Längsschnittdaten beantworten (Vgl. ebd.) Auf diesen Grundsätzen beruht das Konzept der KiGGS-Studie. Sie ist eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland welche zwischen 2003 und 2006 durchgeführt wurde (Vgl. Kurth 2011, S. 6). „Mit dem bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurvey für Kinder und Ju-

gendliche KiGGS [...] erhielt die Gesundheitsberichterstattung für das Kindes- und Jugendalter erstmals bundesweit eine umfassende und repräsentative Datengrundlage“ (ebd.).

Dem Umstand des Datenmangels trug die Konzeption von KiGGS Rechnung, indem entsprechend der Definition des WHO-Gesundheitsbegriffs von 1948, Gesundheit als vollständiges körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden aufgefasst und operationalisiert wurde (Vgl. ebd.). Die Studie interessierte sich für diesen mehrdimensionalen Ansatz der Gesundheit und erhob deshalb auf Individualebene repräsentative Daten zu Kernbereichen der körperlichen und psychischen Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems sowie zur sozialen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Vgl. ebd.). „Ausgehend von der Basiserhebung sollen in Regelmässigen Zeitabständen Follow-up-Erhebungen durchgeführt und die Probanden der Basiserhebung wiederholt befragt und/oder untersucht werden“ (ebd., S. 6).

Die deskriptive Grundausswertung der KiGGS-Daten wurde im Jahr 2007 in einer Basispublikation des Bundesgesundheitsblatts veröffentlicht und rief in der Fachwelt und den Medien ein beachtliches Echo hervor (Vgl. ebd., S. 5). Aktivitäten auf gesellschaftlicher und politischer Ebene wurden ebenso ausgelöst (Vgl. ebd.). So wurde beispielsweise ausgehend von den durch die KiGGS-Ergebnisse erkannten Handlungsdefiziten gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Bestandsaufnahme existierender gesundheitsfördernder Massnahmen und Präventionsansätze vorgenommen und Handlungsempfehlungen abgeleitet (Vgl. ebd.).

### **2.4.1 Durchführung**

Für die epidemiologische Einschätzung der Übergewichts- und Adipositasproblematik auf Bevölkerungsebene erfolgte neben einer telefonischen und schriftlichen Befragung auch eine Messung von Körpergrösse und Körpergewicht (Vgl. Kurth/Schaffrath Rosario 2010, S. 643). Hierfür verwendeten alle Studien den Body-Mass-Index (BMI) zur Definition von Übergewicht (Vgl. ebd.). Damit unterscheidet sich die Messung von einer individuellen ärztlichen Diagnose, die neben Grösse und Gewicht auch noch andere anthropometrische Masse, wie Hüft- und Taillenumfang und die Hautfaltendicke, berücksichtigt (Vgl. ebd.). Körperbau, Konstitution und Gesundheitszustand des jeweiligen Kindes wurde ebenfalls in die Bewertung der KiGGS-Studie nicht einbezogen (Vgl. ebd.). „An der Studie nahmen insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche (8656 Mädchen und 8985 Jungen) aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden teil [...]“ (Kurth/Schaffrath Rosario 2007, S. 736).

## 2.4.2 Ergebnisse

Durch die Studie erhielt man wichtige Informationen zum Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Anhand der Ergebnisse konnten Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Risikofaktoren und Übergewicht als Folge dargestellt und Risikogruppen, die anfälliger für Übergewicht und Adipositas sind, benannt werden.

Insgesamt waren 15% der Kinder und Jugendlichen von 3-17 Jahren übergewichtig, und 6,3% litten unter Adipositas (ebd., S. 737). Wenn man die Resultate der Studie auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands hochrechnet, entspricht dies einer Zahl von ca. 1,9 Millionen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, wovon ca. 800.000 als adipös eingestuft werden. Beobachten konnte man ebenfalls, dass der Anteil der Übergewichtigen von 9% bei den 3- bis 6-Jährigen über 15% bei den 7- bis 10-Jährigen bis hin zu 17% bei den 14- bis 17-Jährigen ansteigt (Vgl. ebd.).

Auch die Verbreitung von Adipositas nimmt im Alter zu. Sie beträgt bei den 3- bis 6-Jährigen 2,9% und steigt über 6,4% bei den 7- bis 10-Jährigen bis auf 8,5% bei den 14- bis 17-Jährigen. Der Anstieg ist aber in den Altersgruppen unterschiedlich. So steigt der Anteil übergewichtiger Kinder nach Schuleintritt schnell an, bei den Jugendlichen zwischen 14 bis 17 Jahren hat sich der Anteil im Vergleich zu Schulanfängern fast verdoppelt (Vgl. ebd.).

Betrachtet man diese Ergebnisse vor dem Hintergrund der Referenzpopulation aus den 1980er- und 1990er-Jahren, so hat sich in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen um 50% erhöht (Vgl. ebd.). Um Risikogruppen für Übergewicht und Adipositas präzise bestimmen zu können, wurden die Auswertungen zusätzlich nach Sozialstatuszugehörigkeit und Migrationshintergrund differenziert (Vgl. ebd.). Daraus erkannte man ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und bei Kindern mit Migrationshintergrund (Vgl. ebd.). Die unterschiedliche Ausprägung bekannter Risikofaktoren bei Deutschen und Kindern mit Migrationshintergrund führt zu diesem Ergebnis (Vgl. ebd.). Damit geht es bei den Unterschieden weniger um ethnische Ursachen als um sozioökonomische wie beispielsweise der Bildungsgrad (Vgl. ebd.).

Familiäre und genetische Disposition wurden ebenfalls bei der Verbreitung von Adipositas erkannt. Vor allem Kinder, deren Mütter ebenfalls unter Übergewicht oder Adipositas leiden, sind betroffen (Vgl. ebd.). Das erhöhte Adipositasrisiko [...] lässt sich zum unter anderem durch eine genetische Veranlagung erklären, die Mutter und Kind gemeinsam haben (Vgl. ebd., S. 740). Es wird davon ausgegangen, dass die Mitglieder einer Familie ähnlichen Lebensbedingungen ausgesetzt sind und durch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen innerhalb der Familie weitergegeben werden (Vgl. ebd.).

Im Rahmen vom KiGGS wurden weitere Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas erfasst. Zu ihnen zählen neben dem elterlichen Übergewicht auch ein hohes Geburtsgewicht, wenig Schlaf, wenig körperliche Aktivität, lange Zeiten vor Computer oder Fernseher, Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, zu kalorienreiche Ernährung und psychische Faktoren (Vgl. ebd.). Als Fazit der Studie lässt schliesslich festhalten: „Die Ergebnisse des KiGGS bestätigen den vermuteten angestiegenen Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder in ganz Deutschland und in allen Altersgruppen“ (ebd., S. 738). Zudem wurden für bestimmte Risikogruppen wie Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Kinder mit Migrationshintergrund hohe Prävalenzen verzeichnet (Vgl. ebd.). Dies zeigt, dass Übergewicht und Adipositas insbesondere bei Kindern und Jugendlichen ein komplexes gesellschaftliches Problem mit vielschichtigen Ursachen darstellen, das sich in den letzten 20 Jahren drastisch verschärft und zu einer gesundheitspolitischen Herausforderung entwickelt hat. Nach dieser Einführung soll nun im folgenden Kapitel auf die Zusammenhänge dieser Faktoren mit dem Auftreten von Übergewicht in ihrer Wechselwirkung beschrieben werden.

### **3. Ursachen und Folgen von Adipositas**

In diesem Kapitel werden unterschiedliche Ansätze zu den Ursachen von Übergewicht und Adipositas aufgeführt. Individuelles Verhalten als auch überindividuelle Ursachen sollen dabei analysiert und ihre physischen und psychischen Folgen erläutert werden.

#### **3.1 Individuelle Ursachen**

Wie bereits erwähnt, entstehen Übergewicht und Adipositas dann, wenn die individuelle Energieaufnahme über einen langfristigen Zeitraum den eigenen Energieverbrauch übersteigt. Ein opulenter Ernährungsstil bzw. ein passiv-konsumtives Freizeitverhalten begünstigen eine Gewichtszunahme (Vgl. Zwick 2011, S. 73). „Bei genauerer Betrachtung erscheint die Erklärung steigender Anteile über- gewichtiger und adipöser Personen über individuelles Verhalten jedoch als unzureichend“ (ebd.). Die chronische Krankheit wird nicht nur vom eigenen Verhalten sondern auf von überindividuellen gesellschaftlichen Einwirkungen beeinflusst (Vgl. ebd.).

##### **3.1.1 Essverhalten**

Die Ursachen für Übergewicht und Adipositas sind individuell sehr unterschiedlich. Übergewicht wird nicht allein durch die falsche Essensauswahl begünstigt sondern hat komplexere Ursachen. Der moderne Lebensstil mit Überernährung und Bewegungsmangel werden als wichtigste Gründe betrachtet (Vgl. Hauner et al. 2009, S. 144). Es soll auf das Essverhalten von Kindern und Jugendlichen eingegangen werden wobei dass Verhalten in diesem Teil der Arbeit nur auf Jugendliche zwischen 11 bis 15 Jahren bezogen ist, da sie sich in einem Lebensabschnitt, der durch besondere biologische, kognitive und soziokulturelle Veränderungen geprägt ist (Vgl. Zubrägel/Settertobulte 2003, S. 160). Es soll auf das Essverhalten von Kindern und Jugendlichen eingegangen werden.

Eine gesunde Ernährung im Kindes- und Jugendalter schafft optimale Bedingungen für den Gesundheitsstatus, das Wachstum und die intellektuelle Entwicklung des Individuums (Vgl. Centers for Disease Control 1997, S. 10). In Verbindung mit Übergewicht konnte in vielen Studien ein signifikanter Zusammenhang zu ungesundem Essverhalten festgestellt werden (Vgl. Story et al. 2002, S. 40). Unter Essverhalten ist nicht nur die Essensauswahl, sondern auch deren regelmässige Einnahme zu verstehen. Der Wechsel von Ernährungsmustern in der Phase vom Kind zum Erwachsenen erfolgt durch einschneidende Veränderungen im Lebensstil und der Lebenswelt (Vgl. Story et



al. 2002, S. 41). Ernährungsmuster werden durch die wachsende Unabhängigkeit, eine erhöhte Bedeutung der Peer-Gruppe, zunehmende Beschäftigung mit dem eigenen Körper und dem eigenen Aussehen sowie ausgefüllte Terminkalender, beeinflusst (Vgl. ebd.). Als Peer-Gruppe versteht man eine Gleichaltrigengruppe, zu der Kindern und Jugendliche Anschluss finden. „Die physischen, psychischen und sozialen Veränderungen dieser Phase haben einen unmittelbaren Einfluss auf das Essverhalten und die Ernährungsgewohnheiten der Jugendlichen“ (Zubrägel/Settertobulte 2003, S. 160).

Kindheit und Jugend ist die wichtigste Zeit, um ein gesundes Essverhalten zu lernen (Vgl. ebd., S. 162). Eine immense Rolle spielen dabei Ernährungsgewohnheiten und -routinen (Vgl. ebd.). Gerade letztere einen bedeutenden Einfluss auf dem BMI (Vgl. ebd., S. 170). In der HBSC-Studie im Jahr 2002, machten Jugendliche Angaben zu ihren Essroutinen. Dabei berichteten sie über die Rhythmen von Abend-, Mittagessen und Frühstück. Man stellte fest, dass ein Risiko für Übergewicht sich besonders hoch für die Gruppe Jugendlicher, die keinen regelmässigen Rhythmus in den täglichen Hauptmahlzeiten auswiesen, besteht (Vgl. ebd.). Durch vielseitige Veränderungen in der Adoleszenzphase ändert sich das Essverhalten und die Gewohnheiten der Kinder. Die Auswahl der Mahlzeiten und der Rhythmus der Mahlzeiten ist dementsprechend entscheidend für eine ausgewogene Ernährung.

### 3.1.2 Körperliche Aktivität

„Gewichtszunahme ist, physiologisch gesehen, das Ergebnis einer positiven Energiebilanz [...]“ (ebd., S. 167). Übergewicht wird deshalb bei Jugendlichen in besonderem Masse mit niedrigem physischen Aktivitätslevel in Verbindung gebracht (Vgl. ebd.). Um die Häufigkeit körperlicher Aktivität bei Jugendlichen zu messen, fragte man sie, wie oft sie sich in der Woche mindestens für eine Stunde bewegen (Vgl. ebd.). Die Gruppen der Unter- und Normalgewichtigen treiben an etwa vier Tagen Sport und unterscheiden sich nicht in ihrer Häufigkeit (Vgl. ebd., S. 168). „Demgegenüber ist die körperliche Aktivität übergewichtiger Jungen deutlich reduziert, in dieser Gruppe beträgt der Mittelwert nur etwa 3,4 Tage pro Woche“ (ebd.). Bei den Mädchen kommt man zu einem ähnlichen Ergebnis. Mit durchschnittlich drei Tagen sportlicher Aktivität in der Woche liegen die übergewichtigen Mädchen mit 0,7 Tagen gegenüber den unter- und normalgewichtigen (3,7 Tage) im Rückstand (Vgl. ebd.). „Mangelnde körperliche Aktivität steht sowohl als Ursache als auch als Folge von bzw. Übergewicht und Adipositas“ (ebd.). Zudem schmälert Übergewicht das Interesse an sportlicher Bewegung und körperlichen Fähigkeiten zur Teilnahme am Sport (Vgl. ebd.). Schamgefühle, geringe Koordinations- und Ausdauerfähigkeiten sind dabei Einflussfaktoren für eine Nicht-Teilnahme an physischen Aktivitäten und können einen Kreislauf auslösen, der nur schwer zu unterbrechen ist (Vgl. Lytle 2002, zit. nach Zubrägel/Settertobulte 2003, S. 198).

Neben der körperlichen Aktivität und dem Essverhalten können Stress und Essstörungen wie das Binge-Eating-Disorder, Bulimie, Night-Eating-Disorder Ursachen für Übergewicht und Adipositas sein (Vgl. Hauner et al. 2007, S. 7). Auch endokrine Erkrankungen wie Hypothyreose und das Cushing-Syndrom können eine Gewichtszunahme fördern (Vgl. ebd.). Übergewicht und Adipositas können ebenso durch Einnahme von Medikamenten entstehen (Vgl. ebd.). Präventionsmassnahmen stützen sich jedoch nicht auf die Minimierung dieser Faktoren, sondern versuchen die körperliche Aktivität zu steigern, das Essverhalten zu beeinflussen und die Prävention so anzusetzen, dass damit auch die sozial benachteiligten Kinder und Jugendliche erreicht werden. Denn einer der Risikofaktoren, die das Auftreten von Übergewicht und Adipositas begünstigen, ist die soziale Lage (Vgl. Zubrägel/Settertobulte 2003, S. 170).

## **3.2 Überindividuelle Ursachen**

### **3.2.1 Soziale Lage**

In den westlichen Industriegesellschaften ist die soziale Lage der Familie einer der statistisch auffälligsten Prädiktoren für das Auftreten von Übergewicht und Adipositas (Vgl. ebd.) Dabei ist die Berufstätigkeit der Eltern, die Form der Familie und die Anzahl der Geschwister nicht ausschlaggebend, denn keine dieser Merkmale lässt sich mit einem gehäuften Auftreten von Über- oder Untergewicht in Beziehung bringen (Vgl. ebd., S. 171). Berechnungen auf der Basis des Sozioökonomischen Panels (SOEP) zeigen, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status im Durchschnitt eine schlechtere Gesundheit als Menschen mit hohem sozioökonomischen Status (Vgl. Hartung 2014, S. 26). Die soziale Situierung muss man als ein mehrdimensionales Konstrukt sehen, die aus soziokulturellen und sozioökonomischen Dimensionen besteht (Vgl. Zwick 2011, S. 81). Unterscheidet man zwischen diesen beiden Dimensionen wird erkennbar, dass Übergewicht und Adipositas schwach mit dem Haushaltsnettoeinkommen, jedoch mässig stark mit dem Bildungsstand assoziiert sind (Vgl. ebd.).

### **3.2.2 Familiäre und genetische Disposition**

Weitere Ursachen für Übergewicht und Adipositas bilden familiäre Ess-, Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten sowie der elterliche Erziehungsstil (Vgl. Mata/Wunsch 2011, S. 550). Prospektive Längsschnittstudien zeigen, dass familiäres Übergewicht sowohl die kindliche Gewichtszunahme über einen Zeitraum von 20 Jahren als auch das Vorhandensein von Übergewicht nach dem 20. Lebensjahr vorhersagt (Vgl. Hasler et al. 2004, S. 1051). Zudem weiss man heute, dass über die Auswahl der Nahrung,

spezifische Instruktionen, Modelllernen oder über die Verstärkung bestimmter Verhaltensweisen, Eltern ebenfalls das Essverhalten ihrer Kinder beeinflussen (Vgl. Mata/Wunsch 2011, S. 550). Die Ergebnisse einer repräsentativen Längsschnittstudie zeigten, dass Teilnehmende mit einer adipösen Mutter als Kind, als Erwachsene deutlich häufiger berichteten, frittierte Nahrung zu essen, häufiger fernzusehen und sich seltener körperlich zu betätigen (Vgl. Cooper et al. 2010, o.S.). Des weiteren fand man raus, dass enthemmtes Essen der Mutter und kindliches Essen ohne Hunger positiv korrelierten (Vgl. Francis et al. 2007, o.S.). Dies heisst, dass Kinder übergewichtiger Eltern kalorienreicher assen, auch wenn sie keinen Hunger hatten (Vgl. ebd.). Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass das Essverhalten der Eltern und ihr damit zusammenhängendes Übergewicht sich auf das Essverhalten der Kinder und deren Gewichtsstatus ungünstig auswirken kann (Vgl. Mata/Wunsch 2011, S. 550).

Bereits das Gesundheitsverstehen der Mutter und ihr Verhalten vor der Geburt des Kindes hat Einfluss auf seine Gesundheit. Der präkonzeptionelle Body Mass Index der Mutter, ihr Rauchverhalten und die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft und das Stillen werden als prä-/perinatale Determinanten späteren Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen diskutiert (Vgl. Nehring/von Kries/Ensenauer 2013, S. 56). Gestationsdiabetes und das Ausmass der kindlichen Gewichtszunahme in den ersten 1-2 Lebensjahren zählen ebenfalls zu diesen Determinanten (Vgl. ebd.). Weil es sich um Determinanten handelt, die nicht in humanen randomisierten Studien untersucht werden können, stützt sich die Evidenz auf Tiermodelle und auf Beobachtungsstudien beim Menschen (ebd.).

Genetische Disposition bildet eine weitere Ursache für Übergewicht und Adipositas (Vgl. Hauner et al. 2009, S. 144). Der Bedeutung von genetischen Faktoren für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas wurde in den letzten Jahren vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet. Es wird davon ausgegangen, dass die Varianz des Körpergewichtes zu etwa 50% durch erbliche Faktoren bedingt ist (Vgl. Blüher et al. 2013, S. 49). Sicherlich haben Gene einen Einfluss auf die Entwicklung von Adipositas und Übergewicht, jedoch ist der rasche Anstieg von Übergewicht dadurch nicht zu erklären. Ein genetischer Pool kann sich nämlich nicht innerhalb einer Generation komplett verändern. Laut der ‚International Obesity Task Force‘ (IOTF) müssten nur in Ausnahmefällen genetische Gründe herangezogen werden:

„The sudden and significant increase in the proportion of the population which is overweight or obese is not related to genes [...] Although there are powerful genetic factors affecting individual families who have genetic susceptibility, the overwhelming influence for 99% of the population is environmental“ (IOTF 2002, S. 8).

So hat genetische Veranlagung zwar Einfluss auf das Gewicht der Kinder, ist aber keinesfalls die Hauptursache für Adipositas. Da die konkrete Beschreibung der Mutation der Gene und deren Auswirkung auf die kindliche Gesundheit den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde, wird nun auf die Folgen von Adipositas eingegangen.

### **3.3 Folgen**

#### **3.3.1 Physische Folgen**

Übergewicht und Adipositas haben sowohl physische als auch psychische Folgen. Langfristig stellt Übergewicht ein Risiko für die Gesundheit dar und kann schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Bluthochdruck, Störungen des Stoffwechsels und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems zur Folge haben (Vgl. Kurth/Schaffrath Rosario 2007, S. 736). Ein besonders enger Zusammenhang besteht zwischen dem BMI und dem Diabetesrisiko (Vgl. Hauner et al. 2009, S. 144). Adipositas hat zudem eine Verkürzung der Lebenserwartung zur Folge: „Ab einem BMI von 27 bis 30 nimmt die Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Karzinomen zu“ (ebd.). Die Manifestation von Adipositas im Kindesalter hat von der Komorbidität, der Begleiterkrankung, einen unabhängigen und zusätzlichen Einfluss auf die Gesundheit. „Zur frühen Komorbidität der Adipositas im Kindes- und Jugendalter gehören: Eine arterielle Hypertonie, eine Hypercholesterinämie, [...] eine Hypertriglyzeridämie, eine gestörte Glukosetoleranz und Typ-2-Diabetes,“ (Wabitsch 2004, S. 253). Neben der körperlichen Einschränkung und deren Folgeerkrankungen sind bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen mit psychischen Folgen zu rechnen.

#### **3.3.2 Psychische Folgen**

In der Jugendphase, in der die Sozialisation mit der Gleichaltrigengruppe und dem körperlichen Selbstbewusstsein (Body-Image) zunehmend bedeutsam wird, sind Übergewichtige enormen psychosozialen Belastungen ausgesetzt (Zubrögel/Settertobulte 2003, S. 171). Diese beginnen bei einer unzufriedenstellenden Selbstwahrnehmung und endet in Mobbing-Attacken an der Schule. In den Jahren 1961 und 2001 wurden Kinder gebeten, sechs Bilder danach zu ordnen, welches Kind sie am liebsten mochten (Vgl. Mata/Munsch 2011, S. 550). Auf den Bildern waren ein Kind ohne sichtbare körperliche Einschränkung, ein Kind mit Krücken, eines im Rollstuhl, ein Kind ohne Hand, eines mit einem auffälligen Mal am Mund und ein adipöses Kind abgebildet (Vgl. ebd.). „Beide Male war das adipöse Kind das unbeliebteste“ (ebd.). Die soziale Bewertung des physischen Erscheinungsbildes ist möglicherweise durch stereotype mediale Idealisierungen beeinflusst (Vgl. Zubrögel/Settertobulte 2003, S. 172). Diese suggerieren,

dass Übergewicht mit dem Stigma der psychischen und psychischen Trägheit einhergeht (Vgl. ebd.). Eine weitere Studie kam zu dem Ergebnis, dass übergewichtige und adipöse Kinder die gleiche Wahrnehmung der eigenen Lebensqualität wie Krebskranke Kinder haben (Vgl. Schwimmer/Burwinkle/Vrani 2003, S. 1813). Das niedrige Selbstwertgefühl kann unter anderem durch Mobbing entstehen. Vor allem Mädchen erfahren die soziale Ausgrenzung enorm intensiv (Vgl. ebd.).

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) zeigen, dass mit zunehmendem BMI die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten steigt (Vgl. Krause/Kleiber/Lampert 2014, S. 268). Im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern haben übergewichtige Jugendliche ein 1,4-fach und adipöse Jugendliche ein 2,5-fach erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten (Vgl. ebd.). Die häufigsten Problembereiche hierfür sind Verhaltensprobleme sowie Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen (Vgl. ebd.). Zudem weisen Adipöse Mädchen häufiger Hinweise auf emotionale Instabilität vor als normalgewichtige Mädchen dies tun (Vgl. ebd.).

Damit Interventionsansätze funktionieren, muss man die Ursachen für Adipositas und Übergewicht kennen. Diese sind individuell sehr unterschiedlich und finden sowohl in der eigenen Verhaltensweise als auch im Umfeld ihren Ursprung. Folgen von Adipositas und Übergewicht finden sich sowohl in der physischen Einschränkung und Folgeerkrankungen als auch im psychischen Zustand von adipösen Kindern.

Nachdem der aktuelle Stand von Adipositas und Übergewicht in Deutschland, deren Ursachen und Folgen beschrieben wurden, bezieht sich der folgende Teil der Arbeit auf die Prävention von Übergewicht.

## 4. Grundlagen der Gesundheitsförderung

In diesem Kapitel soll Gesundheit als Begriff eingegrenzt und Prävention sowie Gesundheitsförderung definiert werden. Eigenschaften von Verhaltens- und Verhältnisprävention werden besprochen bevor Gesundheitsförderungskonzepte erläutert werden.

### 4.1 Definition Gesundheit

Um unterschiedliche präventive oder fördernde Massnahmen zu ergreifen, muss man sich mit der Definition von Gesundheit auseinandersetzen. „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 2006, S. 1). Durch die Definition der WHO wird Gesundheit als ein mehrdimensionales Konstrukt betrachtet, da sie neben der physischen auch die psychische und soziale Dimension einbezieht (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 499).

Neben der Definition der WHO gibt es weitere Auffassungen von Gesundheit. Hurrelmann (1990, S. 62) begreift Gesundheit als einen

„Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äusseren Lebensbedingungen befindet“

Diese Auffassung ist deshalb vorteilhaft, da sie nicht nur auf das subjektive Befinden fokussiert, sondern auch den objektiven Befund einbezieht (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 500). Dies suggeriert, dass Gesundheit und somit vollkommenes Wohlbefinden nicht für jeden erreichbar ist. Dies ist insofern relevant, als Hurrelmann damit eine entscheidende Einschränkung in die Definition mit einschliesst: Gesundheit und vollkommenes Wohlbefinden hängen von den äusseren Lebensbedingungen und den eigenen Möglichkeiten ab und sind deshalb nicht für alle Menschen erreichbar. (Vgl. ebd.).

## 4.2 Definition Prävention

Durch verschiedene Auffassungen von Gesundheit werden unterschiedliche Massnahmen ihrer Aufrechterhaltung oder Verbesserung bestimmt (Vgl. ebd.). Wird Gesundheit mit der Abwesenheit von Krankheiten gleichgesetzt, müssen demnach Massnahmen ergriffen werden, um einen Ausbruch von Krankheiten zu verhindern (Vgl. ebd.). Der Schwerpunkt in den Massnahmen liegt dann auf der Krankheitsprävention (Vgl. ebd.).

„Mit der Krankheitsprävention werden Interventionen bezeichnet, die das Auftreten einer Krankheit durch Vorbeugung verhindern sollen“ (Hurrelmann 2006, S. 148). „Aus der Präventionsforschung stammt die Unterscheidung zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention (Caplan 1964), die auch heute noch vielfach Verwendung findet“ (Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 500).

Mit primärer Prävention sind Massnahmen gemeint, mit denen das Auftreten von Erkrankungen und die damit entstandenen Beeinträchtigungen des Befindens verhindert werden sollen (Vgl. ebd.). In der primären Prävention werden sowohl Massnahmen der Krankheitsprävention als auch der Gesundheitsförderung angewendet (Vgl. ebd.). „Zu nennen sind hier neben Impfung auch das Gesundheitsverhalten, das beispielsweise durch gesunde Ernährung, Bewegung und Nichtrauchen umgesetzt werden kann“ (Kriwy 2008, S. 109). In der sekundären Prävention ergreift man Massnahmen um den ursprünglichen Gesundheitszustand wiederherzustellen, wenn bereits Beschwerden oder Beeinträchtigungen vorliegen (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 500). Gesundheitsrisiken wie Bluthochdruck, Übergewicht etc. sollten hierbei behandelt werden bevor eine ernsthafte Krankheitsfolge eintritt (Vgl. Kriwy 2008, S. 109). In der tertiären Prävention zielt man auf die Beeinflussung der Folgen von gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen, indem man versucht, zusätzliche Belastungen durch negative Folgezustände zu vermeiden. Beispielsweise durch Rehabilitationsmassnahmen (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 500). Prävention unterscheidet sich jedoch von der Gesundheitsförderung.

## 4.3 Definition Gesundheitsförderung

„Gesundheitsdefinitionen wie die WHO-Definition legen es nahe, verschiedene Ebenen der Gesundheit ins Blickfeld zu nehmen“ (ebd.). Nebst den präventiven Massnahmen findet deshalb zusätzlich auf der physischen, psychischen und sozialen Ebene eine

Gesundheitsförderung statt (Vgl. ebd.). Gesundheitsförderung bezeichnet ein gesundheitspolitisches Aktionsprogramm, welches von der Weltgesundheitsorganisation in den 1980er Jahren entwickelt wurde (Vgl. Fuchs 2012, S. 6). Kernpunkt dieses Programms bildet die „Ottawa-Charta“ von 1986. Sie fasst als politisches Dokument um die Notwendigkeit einer Umorientierung der Prävention zusammen (Vgl. Hartung 2014, S. 86). Die Notwendigkeit zur Umorientierung der Interventionsmassnahmen entstand vor allem dadurch, dass die auf dem Konzept traditioneller Gesundheitserziehung beruhenden Massnahmen nicht den gewünschten Erfolg brachten (Vgl. ebd., S. 87).

Der mit der Charta beabsichtigte Orientierungswechsel der Praxis der Gesundheitsförderung führt weg von der Fokussierung auf individuelles Verhalten und stellt stattdessen die Stärkung von Ressourcen, die für die Gesundheit relevant sind, sowie sozial-räumliche Orientierung, in den Mittelpunkt (Vgl. ebd., S. 86). Als wichtigstes Ziel der Gesundheitsförderung findet sich folgende Definition: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986, S. 1). „Was Gesundheit für den Einzelnen ist, sollte nicht mehr nur von Experten, sondern von den Betroffenen selbst mitbestimmt werden“ (Hartung 2014, S. 87).

In der Gesundheitsförderung werden zum grössten Teil Strategien verfolgt, die der Änderung der Gesundheitsbedingungen wie z.B. der Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen dienen (Vgl. Jungbauer-Gans/Hackauf 2008, S. 9). Sie beinhaltet das gesamte Spektrum an Massnahmen zur Verbesserung des objektiven und subjektiven Befindens einer Person (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 500). Bemühungen und Aktivitäten in der Gesundheitsförderung müssen sowohl auf der Ebene der Individuen (Mikroebene) also auch von Organisationen und Institutionen (Mesoebene) und schliesslich auch auf gesamtgesellschaftlicher/politischer Ebene (Makroebene) ansetzen (Vgl. Hartung/Kluwe/Sahrai 2001, S. 602).

Da die Gesundheit nicht allein durch individuelles Gesundheitsverhalten bestimmt wird, sondern wesentlich auch von ihren gesellschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird, ist für die Gesundheitsförderung die Unterscheidung zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention massgeblich (Vgl. Hartung 2014, S. 93).

### **4.3.1 Verhaltensprävention**

Die Verhaltensprävention arbeitet in der Regel mit kognitiven Informationen und bietet dem Individuum Informationen, Botschaften und Vorschläge, um sein Wissen und seine Einstellungen zu verändern (Vgl. Pudel 2006, S. 96). So soll durch Interventionen



allein durch die Vermittlung von Informationen zu gesundheitsgerechten Verhaltensweisen und den entsprechenden Erziehungsmassnahmen das individuelle Verhalten geändert werden (Vgl. Hartung 2014, S. 93). „Neben den Methoden der Gesundheitserziehung und Gesundheitsinformation zählt [...] auch die Kompetenzvermittlung zum Instrumentarium der Verhaltensprävention“ (ebd.).

Betrachtet man die Verhaltensprävention im Bezug auf das Essverhalten, tauchen deshalb Fragen auf. Es ist davon auszugehen dass das menschliche Essverhalten unter Überflussbedingungen im Wesentlichen ein emotional reguliertes Verhalten ist (Vgl. ebd., S. 95). So sind es primär die unterschiedlichen Bedürfnisse und nicht der Bedarf des Organismus, die als Motive Einfluss auf die Speisenwahl nehmen (Vgl. ebd.). Fraglich ist deshalb, in welchem Ausmass Kognitionen in der Lage sind, das emotionale Verhalten zu beeinflussen. Denn auch wenn kognitive Informationen übernommen werden und abrufbar sein, muss daraus nicht zwangsläufig auch eine analoge Anpassung des Verhaltens folgen (Vgl. ebd., S. 96).

Die Verhaltensprävention hat erst dann eine Chance, wenn sie das Essverhalten als ein emotionales Verhalten begreift und statt ausschliesslich kognitiver Information beispielsweise Verhaltenstrainings leitet (Vgl. ebd.). Diese sollten über längere Zeit dazu führen, dass etablierte Reiz-Reaktion-Muster gelöst und andere, neue gebildet werden (Vgl. ebd.). Allerdings wird zur Habitualisierung eines neuen Lebensstils ein extrem hohes Ausmass an permanenter Selbstkontrolle verlangt (Vgl. ebd.). „In einer attraktiv-süssen Umwelt auf Augenhöhe können vernünftige Ratschläge und Hinweise auf mögliche Gesundheitsrisiken in der Zukunft nicht wirken. Hier kommt Verhaltensprävention an ihre Grenzen“ (ebd.). Auch wenn also die Verhaltensprävention einen wichtigen Beitrag für eine gesundheitsfördernde Lebensweise leitet, reicht diese alleine nicht aus. Um langfristige Wirkungen zu erzielen, muss man auch verhältnispräventive Massnahmen in die Intervention einbeziehen.

### **4.3.2 Verhältnisprävention**

Ein erhebliches Hindernis dafür, dass Verhaltensprävention keine durchschlagenden Erfolge hatte, bestand darin, dass nicht parallel dazu verhältnispräventive Massnahmen realisiert wurden, die der beabsichtigten Verhaltensprävention den Weg freimachten (Vgl. ebd., S. 98). Der Begriff der Verhältnisprävention hat sich historisch gesehen aus der Kritik an einer allein auf das Individuum ausgerichteten Gesundheitserziehung entwickelt (Vgl. Hartung 2014, S. 93). Hier liegt das Ziel darin, Menschen nicht über Kognitionen und ein gegensteuerndes Verhalten fit zu machen, sondern die Ursachen für solchen Verhalten anzugehen (Vgl. Pudel 2006, S. 96).

Dafür werden strukturelle Massnahmen angewendet, die an der Veränderung gesellschaftlicher Bedingungen ansetzen (Vgl. Hartung 2014, S. 93). „Es geht um die Veränderung sozialräumlicher Einflussfaktoren bzw. von Risikofaktoren für Krankheiten, die durch individuelle Verhaltensänderungen nicht verbessert bzw. ausgeschaltet werden können“ (ebd.). Werden Teile der Umwelt gesundheitsfördernd verändert, können diese positive Wirkungen aufweisen. So kann die Auswahl von Stühlen im Klassenzimmer die Sitzhaltung von Kindern beeinflussen, ohne dass sie Einfluss auf diese Veränderung haben aber von ihr profitieren.

Eine grosse Chance durch Einsatz der Verhältnisprävention bietet sich besonders für Kindergärten und Schulen. Denn Vorlieben und Abneigungen gegenüber dem Essen werden im Kinder- und spätestens im Jugendalter gefestigt. (Vgl. Pudel 2006, S. 95). Durch optimierte Essens- und Trinkangebot kann man nachhaltigen Einfluss auf die Lebensmittel- und Speisepreferenzen der Kinder nehmen. Würde man jene verhältnisbezogene Massnahme optimieren, so könnten die dort tätigen Pädagogen durch persönlichen Kontakt mit den Schülerinnen und Schülern über das Angebot und seine Vorteile sprechen. Schüler lernen somit von den Lehrern welche Eigenschaften gutes und gesundes Essen hat und erfahren dies gleichzeitig auch in der Mensa. Diese Interventionsmassnahme wäre eine Ergänzung zur Verhältnisprävention.

Wie in diesem Beispiel, finden sich in der praktischen Arbeit der Gesundheitsförderung zunehmend Mischformen der beiden Interventionsmöglichkeiten (Vgl. Hartung 2014, S. 93). Sowohl Verhaltens- wie Verhältnisprävention funktionieren nur bedingt als singuläre Strategien (Vgl. Pudel 2006, S. 98). Es kann demnach für ein Zusammenwirken der Prävention sowohl auf der Ebene individuellen Verhaltens, aber insbesondere auf der Ebene kollektiver Verhältnisse, plädiert werden (ebd.).

Prävention und Gesundheitsförderung sind somit zwei sich ergänzende Strategien, die dem Ziel dienen, Gesundheit zu stärken und Risikofaktoren für die Gesundheit zu minimieren (Vgl. Hurrelmann 2006, S. 147). Sie gehören damit zu einem multidisziplinären Forschungsfeld „Gesundheit“, das der Medizin, Psychologie, Ernährungswissenschaft, Sportwissenschaft, Politikwissenschaft, Ökonomie und Soziologie angehört (Jungbauer-Gans/Hackauf 2008, S. 9). Bei Massnahmen die zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in Schulen angewendet werden, steht in der Regel die primäre Prävention im Vordergrund (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 500).

## 4.4 Gesundheitsförderungskonzepte

Neben der Differenzierung von Prävention in Verhaltens- und Verhältnisprävention unterscheiden sich Interventionen auch in Bezug auf die Ebene, auf der sie ansetzen (Vgl. Hartung 2014, S. 95). Ansätze zur Gesundheitsförderung finden sich auf drei Interventionsebenen statt: Erstens auf der gesellschaftlichen Ebene (Makroebene) als gesellschaftsweite Strategien zur gesundheitsorientierten Gestaltung der Sozial- bzw. Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems. (Vgl. Trojan/Legewie 2001 zitiert nach Hartung 2014, S. 95). Auf der Institutionen und Organisationen betreffenden Mesoebene werden bereichsspezifische Strategien zur Gestaltung kommunaler bis familiärer Lebensräume umgesetzt. (Vgl. Trojan/Legewie 2001 zitiert nach Hartung 2014, S. 95). Massnahmen auf der organisatorischen Ebene sehen eine Organisation oder Teile einer Organisation als Zielgruppe. Sie erreichen über Änderungen auf der Organisationsebene die einzelnen Mitglieder der Organisation (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 502).

Ein breites Spektrum verschiedener Massnahmen zur Gesundheitsförderung setzt auf individuelle Strategien auf der Mikroebene an, wobei man den einzelnen Schüler als Zielgruppe sieht (Vgl. ebd.). Solche Massnahmen sind auf Angebote einer individuellen Ernährungsberatung oder durch die Unterstützung von Familienhelfern auf die Verbesserung des Verhaltens gerichtet (Vgl. Trojan/Legewie 2001 zitiert nach Hartung 2014, S. 95). Als bereichsspezifische Strategie ist der Settingansatz zu nennen.

Prävention und Gesundheitsförderung unterscheiden sich zwar in ihrer Angehensweise, dienen aber beide der Erhaltung der Gesundheit. In der Prävention sollen Risikofaktoren minimiert werden wobei sich die Gesundheitsförderung ebenfalls auf die Stärkung der eigenen Ressourcen konzentriert. Es wird in den Präventionsarten zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Informationen und allgemeine Wissensvermittlung stehen in der Verhaltensprävention an zentraler Stelle. Möchte man jedoch langfristige Ergebnisse erzielen, muss man Anwendung in der Verhältnisprävention finden. Denn dabei ist die Teilnahmemotivation der Kinder nicht relevant.

Bevor auf die Implementierung der Schule als Setting und ihre Massnahmen zur Gesundheitsförderung eingegangen wird, sollen zuerst Faktoren betrachtet werden, die die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflussen. Im Zusammenhang mit dem hier behandelten Thema Schule soll Bildung und der Schultyp als Faktor im Zentrum stehen.

## 5. Setting Schule

In diesem Kapitel wird auf die Institution Schule eingegangen und ihr Setting-Ansatz beschrieben. Für Interventionsmassnahmen ist sie eine bedeutende Einrichtung, durch die beinahe alle Schüler erreicht werden können. Diese breite Erreichbarkeit und die mögliche Teilnahme der Eltern fördert Präventionsmassnahmen in ihrer Umsetzung. Zusammenhänge zwischen Bildung und Gesundheit werden analysiert wonach verhaltens- und verhältnisorientierte Interventionsmassnahmen im Setting Schule vorgestellt werden.

### 5.1 Definition und Bedeutung der Schule als Setting

„Die Schule ist ein soziales System, in dem im Wesentlichen Lehrer, Schüler und Eltern zusammenwirken“ (Sommer 2004, S. 225). Die Allgegenwärtigkeit der Schule ist nicht abzustreiten. Jeder Erwachsene durchlief das schulische System, begegnet diesem später nochmals in der Elternrolle und kann die Schule aufgrund der eigenen Erfahrungen bewerten (Vgl. ebd.). Aus soziologischer Perspektive betrachtet, bedeutet der Eintritt eines Kindes in das System der formalen Erziehung den ersten Schritt über die engen primären Bindungen der Herkunftsfamilie hinaus (Vgl. Hurrelmann 2004, S. 26). Die etwa 42.000 Schulen in Deutschland sind öffentliche Betriebe, in welchen das Thema Gesundheitsförderung über lange Zeit in traditionellen Strukturen bearbeitet wurde (Vgl. Sommer 2004, S. 225). Die etwa 12.480.000 Schüler erfuhren in einzelnen Unterrichtsfächern und im Rahmen einer schulärztlichen Betreuung, was Gesundheits-erziehung sei (Vgl. ebd.). Doch die Schule kann mehr als das. Sie hat als gesundheitsfördernde Institution viele Facetten; es reicht vom Sportunterricht über das Vermitteln von gesundem Verhalten bis hin zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Pausenplatzes oder zu einem ausgewogenen Essensangebot (Vgl. Jann 2013, S. 1). Ob Kita, Grundschule oder Gymnasium: alle öffentlichen schulischen Institutionen besitzen das gleiche Potenzial, mit welchem man positiv das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen beeinflussen kann.

Die Rolle der Kinder hat sich in Deutschland in den letzten 40 Jahren deutlich verändert (Vgl. Sommer 2004, S. 226). In der heutigen Zeit verbringen Kinder viel weniger Zeit mit ihren Altersgenossen. Sie leben neben und in der Erwachsenenwelt. „Die Schule ist dagegen eine stabile Grösse, hier entstehen soziale Bezüge zu Gleichaltrigen, hier wird die persönliche und soziale Entwicklung der Kinder systematisch begleitet, hier besteht für die Kinder ein wichtiger Lebensraum“ (ebd.). Sie ist nicht nur Institution der Wissens- und Kompetenzvermittlung sondern ist auch ein sozialer Lebens-

raum, in dem Kommunikation mit anderen an der Schule beteiligten Interaktionspartnern stattfindet und somit auf die Entwicklung der Persönlichkeit des Einzelnen Einfluss nimmt (Vgl. Bilz/Hähne/Melzer 2003, S. 246). Die Schule umfasst einen wesentlichen Anteil der Biographie der Schüler und macht diese zu den Zukunftshoffnungen der ganzen Gesellschaft (Vgl. Sommer 2004, S. 225). Doch die Schüler von heute sind die Patienten von morgen. Deshalb sollten viele gesundheitsfördernde Massnahmen in der Schule stattfinden. In Übernahme einer auf Schulen bezogenen WHO-Definition gilt Schule dann als gesundheitsfördernd, wenn sie beständig und nachhaltig darum bemüht ist, ihre Kapazitäten als gesunder Lebens-, Arbeits- und Lernort zu verbessern (Vgl. Franzkowiak 2000, S. 71). Schutz vor Gesundheitsgefahren im Arbeits-, Lehr- und Lernprozess und ein ungehinderter und bestmöglicher Zugang von präventiven Basisdiensten zählen zu solchen Kapazitäten (Vgl. ebd.). Weiterhin ist die Befähigung aller Schulseitigen, im Einklang mit den Zielen und dem Leitbild der Schule ihre Fähigkeiten zu erweitern und Kontrolle über die persönlichen wie strukturellen Bedingungen ihrer Gesundheit im Setting Schule zu entwickeln, als klares Merkmal festgelegt (Vgl. ebd., S. 72). Die Schule erhält damit eine neue Verpflichtung. Sie soll die Schüler nicht nur auf die steigenden Anforderungen der Arbeitswelt vorbereiten, sondern auch auf die gesundheitlichen Probleme der Kinder reagieren (Vgl. Sommer 2004, S. 227). Die Schule wird zum Setting.

## 5.2 Setting-Ansatz Schule

„Vor 25 Jahren, im Jahr 1986, postulierte die WHO in der Ottawa-Charta die zentrale Bedeutung von Settings für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung.“ (Nöhammer/ Stummer 2001, S. 5). In dieser Zeit wird neben der individuellen Prävention und Gesundheitsförderung auch die Veränderung der Settings als ein zentraler Erfolgsfaktor für das Gelingen der Strategien betrachtet (Vgl. ebd.). Ein Setting sollte nicht als Lebensweltorientierung, Strukturveränderung und Partizipation verstanden werden. Es ist lediglich ein „Ort“, an dem verhaltensorientierte Präventionsprogramme angeboten werden (Vgl. Hartung/Kluwe/Sahrai 2001, S. 603).

In der Gesundheitsförderung sind zwei Lesarten des Settingansatzes zu unterscheiden: Gesundheitsförderung bzw. Primärprävention im Setting und gesundheitsförderliches Setting (Vgl. Rosenbrock 2004, S. 71). Rosenbrock versteht unter Primärprävention im Setting eine Umsetzungsstrategie von Gesundheitsförderung, bei der das Setting in erster Linie dazu genutzt wird, die Zielgruppen mit Angeboten der verhaltensbezogenen Prävention zu erreichen (Vgl. ebd., S. 72). Die angewendeten Massnahmen können hierbei von der Platzierung von Informationen an den Orten, an denen sich

Zielgruppen aufhalten, bis hin zu partizipativ gestalteten Programmen für bestimmte Zielgruppen im Setting reichen (Vgl. Hartung 2014, S. 96). Die Settings werden hier als organisatorische Basis verstanden und eine schwächere Form des Settingansatzes wird für Programme der Prävention und Gesundheitsförderung genutzt (Vgl. ebd.). Die Form der Verhaltensprävention richtet sich eher auf sozial benachteiligte Gruppen und überlässt die Verantwortung für Gesundheit noch immer stark dem Individuum (Vgl. Sahrai 2009, S. 245). Primärprävention im Setting ist jedoch für erfolgreiche gesundheitsfördernde Massnahmen zu wenig. Hinzu kommt deshalb der Begriff des gesundheitsförderlichen Settings.

In der zweiten Form von der Umsetzungsstrategie des gesundheitsförderlichen Settings steht Partizipation und Organisationsentwicklung im Mittelpunkt (Vgl. Rosenbrock 2004, S. 73). „Im Kern steht der Gedanke, durch ermöglichende, initiiierende und begleitende Intervention von aussen Prozesse im Setting auszulösen, mit denen die Nutzer des Settings dieses tatsächlich nach ihren Bedürfnissen mitgestalten (*empowerment*)“ (ebd.; Herv. im Original). Im Mittelpunkt steht „die Relevanz der institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und für allgemeine Gesundheit und die Bedeutung von Empowerment und Partizipation“ (Sahrai 2009, S. 245). Beide Strategien ergänzen einander und schliessen die Möglichkeiten des anderen nicht aus. Sie vervollständigen einander, was für die Prävention in Settings vorteilhaft ist. Denn „erst wenn Programme im Setting tatsächlich über Verhaltensprävention hinausreichen, kann wirklich von der Anwendung des Settingansatzes der Ottawa Charta gesprochen werden“ (Hartung 2014, S. 96).

### 5.2.1 Bildung und Gesundheit

Die Bildung ist eine enorm wichtige sozioökonomische Determinante unserer gesellschaftlichen Position und hat Auswirkungen auf unser Gesundheitshandeln und unsere Gesundheit (Vgl. Meyer 2009, S. 254). Sie ist eine zentrale Ressource für den Lebenserfolg, wobei ein hohes Bildungsniveau mit höheren sozialen, kulturellen und politischen Teilhabechancen sowie mit höheren Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Lebensführung verbunden ist (Vgl. Dadaczynski 2012, S. 142). Die formelle Schulbildung und die informelle Bildung, was als Zusammenleben mit den Menschen verstanden wird, wirkt sich sowohl auf die Gesundheitskompetenz als auch auf die Lebensbedingungen, die ihrerseits das Gesundheitsverhalten als Teil des Lebensstils und damit auch die Gesundheit beeinflussen, aus (Vgl. Meyer 2009, S. 254). Demnach stehen Bildung und Gesundheit in einer permanenten Wechselwirkung zueinander (Vgl. Jann 2013, S. 2).

Laut Egerter et al. erfolgt die Einflussnahme von Bildung auf Gesundheit über drei Wirkpfade (Vgl. Egerter et al. 2009, S. 1). Zum einen führt Bildung zu einem höheren

Wissen über Gesundheit und weist in einer höheren Wahrscheinlichkeit angemessenes Gesundheitsverhalten auf (Vgl. Egerter et al. 2009, S. 5). Zum anderen sind höhere Bildungsabschlüsse mit besseren Beschäftigungsmöglichkeiten verbunden. Das damit verbundene höhere Einkommen und die besseren Arbeitsbedingungen wirken sich positiv auf die Gesundheit aus (Vgl. Egerter et al. 2009, S. 6). In der dritten Richtungshypothese wird postuliert, dass höhere Bildung über psychische und soziale Faktoren einen positiven Einfluss auf die Gesundheit nimmt. Unter sozialen Faktoren werden Kontrollüberzeugungen, soziale Stellung und soziale Unterstützung verstanden (Vgl. Egerter et al. 2009, S. 8).

Die Schulbildung kann demnach als Humankapitalindikator interpretiert werden (Vgl. Kriwy 2008, S. 113). So sind Personen mit einem höheren Humankapital im Durchschnitt besser in der Lage, komplexe körperliche und medizinische Vorgänge zu verstehen und neigen deshalb eher zur Akzeptanz und Vorsorgemassnahmen (Vgl. ebd.).

### **5.2.2 Vorteile im Bezug auf die Chancengleichheit**

Unter dem Aspekt der Chancengleichheit bietet die Schule weitere Voraussetzungen als Setting. Schulische Gesundheitsförderung bietet eindeutig bessere Chancen auf Verhaltensänderung als jede Prävention im Erwachsenenalter (Vgl. Sommer 2004, S. 226). „Das Setting Schule ermöglicht durch die Schulpflicht auch, sozial und damit gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit dem Anliegen Prävention zu erreichen“ (ebd.). Im Gegensatz davon trägt die Durchführung von unspezifischen Präventionsprogrammen für alle Bevölkerungsgruppen nur geringfügig zur Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit bei (Vgl. Hartung/Kluwe/Sahrai 2001, S. 599).

Dies hat zur Folge, dass gerade diejenigen, die Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung am wenigsten nötig haben, die Programme in grösserem Masse nutzen als sozial Benachteiligte (Vgl. ebd.). Betrachtet man im Vergleich zur Schule die Angebote im Freizeitbereich (über Jugendzentren, Vereine etc.), so ist zu konstatieren, dass dort immer nur eine privilegierte Teilgruppe von Kindern und Jugendlichen erreicht wird, die die Angebote nutzen kann oder will (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 501). Sozial benachteiligte Eltern, Kinder und Jugendliche sind folglich deshalb auf Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme in Schulen angewiesen, weil sie praktisch nur durch die Settings gut erreichbar sind (Vgl. Hartung/Kluwe/Sahrai 2001, S. 600).

Diese Erreichbarkeit ist immens wichtig, denn ein entscheidender Einflussfaktor auf den selbst berichteten allgemeinen Gesundheitszustand der Schüler ist der sozioökonomische Status der Familien (Vgl. Ravens-Sieberger/Thomas/Erhart 2003, S. 29).

Denn Kinder und Jugendliche wachsen in Deutschland in sehr unterschiedlichen Lebensverhältnissen auf. In den letzten Jahrzehnten hat sich, trotz des allgemeinen Wohlstandszuwachses, die soziale Ungleichheit eher noch vergrößert als verringert (Vgl. Lampert et al. 2008, S. 29). Um die negativen Auswirkungen von niedrigem sozialen Status auf die eigentliche Gesundheit zu verdeutlichen wurden Schülerinnen und Schüler im Rahmen der HBSC-Studie befragt. Denn wie bereits erwähnt, spielt der soziökonomische Kontext im Erleben der eigenen Gesundheit bei den Jugendlichen eine signifikante Rolle und beeinflusst ihre Angaben wesentlich (Vgl. Ravens-Sieberer/Thomas/Erhart 2003, S. 30).

Um das Wohlstandsniveau der Familien einzuschätzen, enthält der HBSC-Fragebogen die „Family Affluence Scale“. Die Skala wird aus folgenden Variablen gebildet: Anzahl der Autos in der Familie, ob Kinder in einem eigenen Zimmer leben, ob die Familie in den letzten 12 Monaten im Urlaub war, die Anzahl der Computer und die Anzahl der Bücher in der Familie (Vgl. ebd., S. 29). Aus den Antworten kann später ein Summenscore gebildet werden.

„Die Deutschlandstichprobe wurde hinsichtlich der Ausprägung des Summenscores in fünf Quintile geteilt. Für die Analysen und zur Veranschaulichung der Ergebnisse werden hier nur die Extremgruppen dargestellt. Das sind insgesamt 40% der Grundgesamtheit also jeweils 20% der Schülerinnen und Schüler aus dem höchsten Wohlstandsniveau und 20% aus dem niedrigsten Wohlstandsniveau“ (ebd., S. 29).

Fasst man die beiden untersten Kategorien der Gesundheitseinschätzung ( „einigermaßen“ und „schlecht“) zusammen, findet sich ein auffälliger Unterschied. 18% der Schülerinnen und Schüler mit dem niedrigsten Wohlstandsindex und nur 12,7% der Gruppe mit dem höchsten Wohlstandsindex beschreiben ihren Gesundheitszustand als „einigermaßen“ oder „schlecht“ (Vgl. ebd., S. 30). Somit wird deutlich, dass Schülerinnen und Schüler, die über ein geringes Wohlstandsniveau berichten, ihren eigenen Gesundheitszustand signifikant schlechter einschätzen als Jugendliche aus der obersten Wohlstandsschicht (Vgl. ebd., S. 29). Umso wichtiger ist es deshalb, jene Schülerinnen und Schüler durch die Institution Schule zu erreichen.

Unter dem Aspekt Chancengleichheit wird im Handlungsfeld Schule deshalb deutlich, dass Gesundheit nicht nur eine staatliche Fürsorgeaufgabe ist, sondern Gegenstand früher Bildungsprozesse sein muss (Vgl. Sommer 2004, S. 226).



### 5.3 Massnahmen in der Verhaltensprävention

Schulische Settings können verschiedene Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung anwenden. In diesem Abschnitt sollen verhaltenspräventive Interventionsmassnahmen und ihre Wirkung vorgestellt werden.

Wie bereits erwähnt, spricht die breite Erreichbarkeit der Zielgruppe ohne Selektion aufgrund der sozialen Herkunft oder Teilnahmemotivation für die Implementierung gesundheitsfördernder Massnahmen im Setting Schule (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 501). Gesundheitsprogramme an Schulen sollten Jugendliche und Kinder auf gesundheitliche Risiken aufmerksam machen und Krankheiten sowie die damit verbundenen Folgen vermeiden (Vgl. Hensen 2008, S. 319). Als ein potenzielles Ziel von Massnahmen zur Gesundheitsförderung kann die Minimierung von Krankheitsrisiken gesehen werden (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 507). Dabei soll die Wirkung von Risikofaktoren, die das Auftreten einer Krankheit und Verletzung erhöhen, verringert werden (Vgl. Hafen 2007, S. 34). Des Weiteren setzen gesundheitsfördernde Massnahmen die Stärkung von Ressourcen, auf die in Problemsituationen zurückgegriffen werden kann (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 507). Die Stärkung dieser Ressourcen wird als „Empowerment“ bezeichnet und dient der Befähigung zu selbstbestimmtem und verantwortlichem Handeln im Gesundheitskontext (Vgl. ebd.). Die aus den Trainings erlernten Fähigkeiten erhöhen die Widerstandsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen (Vgl. ebd.).

Die Anwendung solcher Massnahmen ist jedoch nicht immer leicht zu gestalten. Denn die Schule ist für viele Kinder und Jugendliche mit negativen Konnotationen besetzt (Vgl. ebd., S. 501). Man grenzt deshalb die physische Erreichbarkeit von der psychischen ab (Vgl. ebd.). Ein Schüler kann demnach physisch am Unterricht teilnehmen, sich jedoch psychisch vom Unterrichtsstoff abgrenzen und sich von schulischen Aktivitäten distanzieren. Die tatsächliche Erreichbarkeit der Schüler kann deshalb trotz Anwesenheit stark eingegrenzt sein (Vgl. ebd.). „Kinder und Jugendliche möchten heute nicht mehr erzogen werden, sie leben das Bild eigenverantwortlichen Handelns, das sich weniger vom Wissen als vom Verstehen und Akzeptieren leiten lässt“ (Sommer 2004, S. 230). Somit ist ein wichtiges Kriterium für gesundheitsfördernde Massnahmen, dass sie so gestaltet sein müssen, dass sie Schülerinnen und Schüler zur aktiven Teilnahme motivieren (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 501).

Die meisten der angewandten Therapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen sind wenig evaluiert, weshalb ein grosser Bedarf an effektiven Therapien und ihrer Evaluation nach strengen Kriterien besteht (Vgl. Fröschl/Haas/Wirl 2009, S. 20). Das Ziel aller Massnahmen ist eine langfristige Änderung des Ernährungs- und Bewegungsver-

haltens der Kinder und Jugendlichen zu erreichen (Vgl. ebd.). „Durch verminderte Energiezufuhr, bei gleichzeitiger Erhöhung des Energieverbrauchs in Kombination mit langfristigen therapeutischen Massnahmen – beispielsweise einer Verhaltenstherapie – kann dies erreicht werden“ (ebd.). Die folgenden Beispiele der Massnahmen auf verschiedenen Ebenen sollen illustrieren, welche Interventionen angewendet werden um Adipositas vorzubeugen und ein gesundheitsbewusstes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen zu fördern.

Auf der individuellen Ebene werden Massnahmen zur Verhaltensprävention angewendet. Durch Information, Übung und Training, zielen sie auf die Optimierung des menschlichen Verhaltens ab (Vgl. Kempf 2010, S. 204). Das Spektrum der Angebote für schulische Gesundheitsförderung ist immens. Es reicht von lokal entwickelten Konzepten, welche über den Einsatz an Einzelschulen nicht hinauskommen bis hin zu bundesweiten Angeboten mit integrierter Lehrerfortbildung, einem Lehrerhandbuch, fertig gestalteten Arbeitsblättern und Angeboten schulischer Elternpartizipation (Vgl. Bittlingmayer 2009, S. 285). Es wird nun auf verschiedene Arten der Massnahmen eingegangen.

### **5.3.1 Emotionale Massnahmen**

Emotionale Massnahmen sollen ein gewisses Gefühl bei Kindern erzeugen, welche sie dann mit der dargelegten Information assoziieren. Im Blickfeld der angewendeten Massnahmen steht die Gesundheitserziehung. Unter Gesundheitserziehung versteht man die gezielte Beeinflussung des Verhaltens der Schülerinnen und Schüler durch pädagogische Massnahmen (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 500). Hierbei wird der Schwerpunkt vor allem auf die Veränderung von Verhaltensmustern und die Erweiterung personaler Kompetenzen gelegt (Vgl. Hensen 2008, S. 319). Bislang wurde die Forderung, dass Gesundheitserziehung als ein eigenes Unterrichtsfach in der Schule angeboten wird in Deutschland auf der Ebene der Bundesländer blockiert, obwohl sich auch die schulpolitischen Akteure sich zu einer übergreifenden Gesundheitserziehung bekannt haben (Vgl. Hurrelmann 2006, S. 212). Im folgenden Abschnitt sollen unterschiedliche Massnahmen zur Gesundheitsförderung auf individueller Ebene vorgestellt werden.

Zu den historisch ältesten Massnahmen, das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu beeinflussen, gehört die Erzeugung negativer Emotionen (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 502). Hier werden Risiken eines negativen Gesundheitsverhaltens zur Abschreckung thematisiert (Vgl. ebd.). Obwohl diese Herangehensweise intuitiv plausibel zu sein scheint, hat sie sich in der Praxis wenig bewährt. Die bedrohlich wirkende Information wird von der Zielgruppe häufig ignoriert und dar-

über hinaus werden den Schülern keine Handlungsalternativen zu dem unangemessenen Gesundheitsverhalten aufgezeigt (Vgl. Lohaus 1993 zit. nach Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 502). Als Alternative sieht man die Erzeugung positiver Emotionen. Da eine Anerkennung in einer Peergruppe häufig durch risikoreiches Verhalten erreicht wird, besteht die Annahme, dass jene Verhaltensweisen reduziert werden können, wenn auf anderem Wege bereits ein hohes Selbstwertgefühl aufgebaut wurde (Vgl. ebd.) Deshalb werden bei der Erzeugung positiver Emotionen Massnahmen zur Selbstwertsteigerung angewendet, wodurch das Bedürfnis gesenkt werden soll, das eigene Selbstwertgefühl durch die Suche nach Anerkennung in der Peergruppe zu erhöhen (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 502). Doch auch bei dieser Massnahme stellt sich die Frage, ob extern induzierte Massnahmen zur Erhöhung des Selbstwertgefühls auf Dauer gesehen wirksam sein können, wenn sie nicht durch Massnahmen ergänzt werden, die es den Jugendlichen ermöglichen, durch eigenes Verhalten zu einer eigenen Selbstwerterhöhung beizutragen (Vgl. ebd., S. 503).

### **5.3.2 Kognitive Massnahmen**

Von den emotional orientierten Massnahmen lassen sich kognitive Massnahmen zur Gesundheitsförderung abgrenzen (Vgl. ebd.). Hier ist insbesondere die Wissensvermittlung gemeint. Die zentrale Funktion der kognitiv orientierten Massnahmen ist es, ein gesundheitsbezogenes Basiswissen zu vermitteln, um dadurch ein positives Gesundheitsverhalten zu fördern (Vgl. ebd.). In der Regel zeigen sich aber nur geringe Korrelationen zwischen dem angeeigneten gesundheitsbezogenem Wissen und gesundheitsbezogenem Handeln (Vgl. ebd.). Das Wissen über die Komponenten einer gesunden Mahlzeit ist sicherlich relevant, doch folgt aus diesem Wissen nicht auch zwingend die Auswahl für gesundes Essen. Denn gesundheitsbezogenes Wissen für gesundheitsbezogenes Verhalten ist zwar in vielen Präventionsbereichen ein notwendiger, aber kein hinreichender Prädiktor (Vgl. Larisch/Lohaus 1992 zit. nach Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 503). Ebenfalls von Bedeutung im schulischen Kontext sind Massnahmen zur Einstellungsänderung bei Kindern und Jugendlichen (Vgl. Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 503). Der kognitiven Ebene wird die Herausarbeitung der Funktionen, die mit einem negativen Gesundheitsverhalten erreicht werden sollen, zugeschrieben (Vgl. ebd.). Wenn Beispielsweise Essen in der Funktion des Eskapismus genutzt wird, kann es nützlich sein, diese Funktion zu verdeutlichen um später nach Problemlösung suchen zu können. „Auch hier stellt sich allerdings die Frage, ob ein ausschliesslich kognitiv orientierter Ansatz hinreichend ist, um Veränderungen auf der Verhaltensebene zu erreichen“ (ebd.). Da letztlich das eigene Verhalten für die Beeinflussung des persönlichen Gesundheitszustandes entscheidend ist, wird in der Regel weder eine ausschliessliche Fokussierung auf Emotio-

nen noch auf Kognitionen hinreichen für eine erfolgreiche Präventionsarbeit sein (Vgl. ebd.). Eine Kombination mit Massnahmen die auf der Verhaltensebene ansetzen verspricht somit mehr Erfolg.

Die bisher aufgeführten Massnahmen werden typischerweise in der Praxis auf spezifische Präventionsthematiken ausgerichtet. Die Wissensvermittlung richtet sich hierbei auf konkrete Themen wie beispielsweise Ernährung oder Bewegung. Adipositasprävention wird jedoch häufig als Teil allgemeiner Gesundheitsförderungsmassnahmen betrieben. Der weitere Ansatz richtet sich somit auf die Vermittlung allgemeiner bereichsübergreifender Kompetenzen, von denen Effekte in verschiedenen Gesundheitsbereichen erwartet werden (Vgl. ebd., S. 504). „Unter diese Rubrik fallen Stressbewältigungs-, Problemlöse-, Soziale Kompetenz- und Lebenskompetenztrainings (ebd.).

Durch solche Trainings sollen Fähigkeiten verbessert werden, schwierige Anforderungen zu bewältigen und es soll dabei gleichzeitig das Selbstwertgefühl gestärkt werden (Vgl. ebd.). Denn durch die Stärkung der Persönlichkeit kann das Bewegungs- und Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen beeinflusst werden (Vgl. Fröschl/Haas/Wirl 2009, S. 22). In Problemlagen können Kinder und Jugendliche auf diese Kompetenzen zurückgreifen, so dass die Wahrscheinlichkeit sinkt, unangemessene Wege der Problemlösung zu beschreiten (Vgl. ebd.). Da ungünstige Verhaltensweisen vielfach durch die Peer-Gruppe gebahnt werden, sinkt ebenfalls die Wahrscheinlichkeit solchen Einflussnahmeversuchen zu erliegen (Vgl. ebd.).

### **5.3.3 „Lions-Quest - Erwachsen werden“**

Diesen Ansatz verfolgt eines der grössten schulischen Programmen zur Gesundheitsförderung namens „Erwachsen werden“ von Lions-Quest. Es zählt zu den umfassendsten Programmen zur Förderung der Life Skills von Schülerinnen und Schülern (Vgl. Hartung 2013, S. 101). Unter „Life Skills“ fallen Fertigkeiten wie Steigerung des Selbstwertgefühls, der Selbstvertrauens, der Lebensfreude, der Beziehungsfähigkeit, des Engagements und des Verantwortungsbewusstseins (Vgl. Bier 2004, S. 57).

Wie die Mehrheit der an Schulen durchgeführten Interventionen entspricht auch „Lions-Quest - Erwachsen werden“ eher einer Gesundheitsförderung im Setting (Vgl. ebd.). „Erwachsen werden“ ist ein aussercurriculares Unterrichtsprogramm, das universell und allgemein ist und dementsprechend nicht zielgruppenspezifisch ausgerichtet ist (Vgl. ebd.). Das Jugendförderprogramm wird für 10-14-jährige Mädchen und Jungen angeboten und vorrangig im Unterricht vermittelt (Vgl. Lions-Quest 2012). In unterschiedlichen Modulen zielt das Programm auf die Förderung von sozialen Kompetenzen ab (Vgl. Hartung 2013, S. 101). Da soziales Bewusstsein und Lebenskompetenzen nicht von selbst entstehen, müssen diese gezielt entwickelt und geschult werden (Vgl.

Weyel 2014, S. 1). Neben der Wissensvermittlung muss man in der familiären und gesellschaftlichen Erziehung auch andere Arten von Bildung berücksichtigen (Vgl. ebd.). Der Grundgedanke von „Erwachsen werden“ ist eine präventive Hilfe zur Selbsthilfe, die den Zugang zu den eigenen Ressourcen vermittelt (Vgl. ebd.).

Im Blickfeld steht nicht nur die Vorbeugung und Bekämpfung der Risikofaktoren sondern ebenfalls die Stärkung der Schutzfaktoren. Denn das Vorhandensein von Schutzfaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Person, unter bestimmten Risikobedingungen eine bestimmte Erkrankung nicht zu entwickeln (Vgl. Maiwald / Bühler 2004, S. 11). „Schutzfaktoren sind Teile der Persönlichkeit sowie bestimmte Bereiche der sozialen Umwelt. Sie ermöglichen eine positive Bewältigung altersgemässer Entwicklungsaufgaben und belastender Situationen“ (Frick-Kerber / Schneider 2004, S. 4). „Erwachsen werden“ konzentriert sich auf den Erwerb von sozialen Kompetenzen, die benötigt werden, um ein gesundes Leben zu führen. Eine der Kompetenzen ist die Selbstwahrnehmung und Empathie (Vgl. Maiwald / Bühler 2004, S. 13). Dies ist ein reflektiertes Selbstkonzept, das vor allem eigene Stärken würdigt und Schwächen anerkennt (Vgl. ebd.).

Eine weitere Kompetenz die man im Programm erlernt ist die Entscheidungsfähigkeit und Problemlösungsstrategie, welche motivieren soll, entscheidungssicher zu werden und Probleme anzugehen (Vgl. ebd.). Kritisches und kreatives Denken als Kompetenz ist Gegenstand des Unterrichts, wenn es um das Aufdecken von Beeinflussungsversuchen durch Freunde oder durch Medien geht (Vgl. ebd.). Um effektive Kommunikation und Kontaktfähigkeit zu stärken werden Techniken aus dem verhaltenstherapeutischen Training der sozialen Kompetenz im Unterricht gelehrt. Die nonverbale und verbale Ausdrucksfähigkeit der Schüler wird erhöht und verleiht den Schülern Selbstsicherheit beim Ausdruck von Wünschen oder beim Einfordern der eigenen Rechte (Vgl. ebd.). Darüber hinaus wird die Kompetenz zur Gefühls- und Stressbewältigung gefördert, um angenehme und unangenehme Gefühle an sich und anderen wahrzunehmen (Vgl. ebd.).

„Die Schüler werden nachhaltig dabei unterstützt, ihr Selbstvertrauen und ihre kommunikativen Fähigkeiten zu stärken, Kontakte und positive Beziehungen aufzubauen und zu pflegen, Konflikt- und Risikosituationen in ihrem Alltag angemessen zu begegnen und konstruktive Lösungen für Probleme, die gerade die Pubertät gehäuft mit sich bringt, zu finden.“ (Lions Quest 2012).

„Das Beherrschen dieser Lebenskompetenzen geht mit einem erhöhten Selbstwert- und grösserer Selbstsicherheit einher“ (Bühler / Cygan-Gulghör 2004, S. 49). Durch grösseres Vertrauen in sich selber machen sich Kinder und Jugendliche ebenfalls nicht gänzlich vom Urteil anderer abhängig (Vgl. ebd.).

Als Basis der Vermittlung jener Lebenstüchtigkeit stehen Arbeitsmittel wie Lehrerhandbücher, Schülerordner und Elternhefte / Elternbriefe zu Verfügung (Vgl. Bier 2004, S. 59).

In den letzten 21 Jahren nahmen über 90.000 Lehrerinnen und Lehrer sowie andere an dem Jugendförderprogramm interessierte Personen an Einführungs- und Aufbau Seminaren teil (Vgl. Lions-Quest 2012). Solche Seminare werden von ausgebildeten und qualifizierten Lions-Quest-TrainerInnen gehalten. Mit dem Lehrerhandbuch erhalten sie ebenfalls Hilfe zur Planung und Durchführung der Lions-Quest-Stunden (Vgl. Bier 2004, S. 59). Die Schüler erhalten einen Schülerordner, welcher im Verlaufe des Unterrichts individuell aus den im Unterricht eingesetzten Texten, den Arbeitsblättern und den zusammengetragenen eigenen Beiträgen zusammengestellt wird (Vgl. ebd.). Die ergänzende Ausgabe von schriftlichen Elternmaterialien sollen auch die Eltern einbeziehen. Sie ermöglichen die Begleitung und Unterstützung des Entwicklungsprozesses der Schüler und bieten die Möglichkeit, konkrete Hinweise im Umgang mit Konfliktsituationen zu geben, welche in der Pubertät verstärkt auftreten (Vgl. Hartung 2013, S. 101).

Wirkungen des Programms können auf zwei verschiedenen Ebenen belegt werden. Zum einen gibt es Rückmeldungen von Schulen, welche das Programm als gewinnbringend bezeichnen (Vgl. Bier 2004, S. 63). Schüler, Lehrpersonal und Eltern können durch persönliche Erfahrungen geprägte Berichte verfassen und das Erlebte mit anderen Menschen teilen. Zum anderen kann die Wirkung von „Erwachsen werden“ wissenschaftlich belegt werden. So konnte nachgewiesen werden, dass das Programm eine ausserordentlich hohe Akzeptanz bei den Lehrkräften wie auch bei den Schülern (> 90%/>70%) erfährt (Vgl. ebd.). Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen konnten ebenfalls nachgewiesen werden. So empfanden die Mädchen eine stärkere Steigerung des Selbstwertgefühls als die Jungen (Vgl. ebd.). Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Programms „Erwachsen werden“ durch die Universität Bielefeld haben ebenfalls zur hohen Akzeptanz und Weiterentwicklung des Programms beigetragen (Vgl. Lions-Quest 2012). Weitere wissenschaftliche Studien und Evaluationen widmen sich öfter der Elternedukation und Elternpartizipation in Settings (Vgl. ebd.). Denn die Verknüpfung der Settings Familie und Schule ist eine der Voraussetzungen für gelingende Gesundheitsförderung für Heranwachsende (Vgl. Hartung 2013, S. 103).

Doch gesundheitsfördernde Interventionen, die aus der Verhaltensprävention basieren, reichen alleine nicht aus. Die Stärkung der Lebenskompetenzen und eine Ernährungserziehung sind zwar wichtige Massnahmen, nicht immer funktionieren diese jedoch in der Praxis. Denn obwohl Kinder und Jugendliche dank der Ernährungserziehung sehr zutreffend Lebensmittel klassifizieren können, wirkt diese kognitive Ernährungserzie-

hung nicht auf die Beliebtheit von Lebensmitteln (Vgl. Pudel 2006, S. 95). „So ist davon auszugehen, dass das menschliche Essverhalten unter Überflussbedingungen im Wesentlichen ein emotional reguliertes Verhalten ist“ (ebd.). So sind es primär unterschiedliche Bedürfnisse des Menschen und nicht der Bedarf des Organismus, die als Motive auf die Speisenwahl Einfluss nehmen (Vgl. ebd.). Weiterhin ist zu kritisieren, dass Verhaltensbezogene Kursangebote, wie allgemeine Ernährungsberatung oder Selbststärkung, von der tatsächlichen Lebensbedingungen der sozialen Akteure absehen (Vgl. Bittlingmayer 2009, S. 275). „Sie vergessen dabei häufig, dass auch die Effekte der empfohlenen Verhaltensänderungen nach der Lebenssituation der sozialen Akteure variieren“ (ebd.). Das Programm von „Lions-Quest“ konzentriert zwar nicht spezifisch auf adipöse Kinder, es stärkt jedoch die Kompetenzen, welches in der Prävention von Adipositas ebenfalls sehr wichtig ist.

## **5.4 Massnahmen in der Verhältnisprävention**

Um eine gezielte Wirkung zu erzeugen, muss man sich ebenfalls der Verhältnisprävention widmen. Dieses Präventionsmodell stellt persönliche Umstände und die Umgebung ins Zentrum und wirkt durch organisatorische Massnahmen gesundheitsfördernd. Die Gestaltung von Pausenplätzen, Sportplätzen, das Essensangebot in der Schule und die Pausenverteilung sind nur einige Massnahmen, die auf die Gesundheit der Schüler Einfluss haben. „Verhältnisorientierte Massnahmen können sehr effektiv sein, da sie nicht zwingend ein Interesse oder eine Motivation der Beteiligten voraussetzen (Lohaus/Domsch/Klein-Hessling 2008, S. 506). Die „trinkfit“-Studie sollte an dieser Stelle ihre Erwähnung finden. Dieses Interventionsprogramm fand sowohl auf individueller als auf organisatorischer Ebene statt und verdeutlichte in den Ergebnissen die positiven Auswirkungen der Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention.

### **5.4.1 „trinkfit - mach mit!“**

„In der ‘trinkfit’-Studie wurde eine innovative Strategie zur Übergewichtsprävention im Setting Grundschule entwickelt und im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Cluster-Studie getestet“ (Muckelbauer et. al. 2011, S. 346). Dies bedeutet, dass ganze Gruppen (oder Cluster) von Probanden zufällig auf Interventions- und Kontrollgruppe aufgeteilt wurden, wobei die Zielgrössen weiterhin an den individuellen Probanden erhoben wurden (Vgl. Kuss et al. 2009, S. 3). Wie bei „Lions-Quest“ bezog sich das Intervention auf Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 10-14 Jahren. Sie hatte eine einzige angezielte Verhaltensänderung zur Prävention von Übergewicht: die Verbesserung der Trinkgewohnheiten, konkret die Erhöhung des Wasserverzehrs (Vgl. Muckelbauer et. al. 2011, S. 340). Somit kann diese Art von Intervention als unifaktoriell be-

zeichnet werden, da sie sich nur einer Ursache zuwendet und einzig ein Adipositas-assoziiertes Verhalten verändert werden soll (Vgl. ebd.). Obwohl die Entstehung von Übergewicht multikausal ist und deshalb prinzipiell multifaktorielle Präventionsmassnahmen gefordert werden, kann es trotzdem durchaus sinnvoll sein, zuerst die Wirksamkeit einer einzelnen Massnahme zu untersuchen (Vgl. ebd.). Denn untersucht man eine konkrete Massnahme, die die Veränderung einer definierten Adipositas-assoziierten Verhaltensweise fokussiert, kann sie nach ihrer bewiesenen Wirksamkeit mit anderen Komponenten zu einem effektiven, multifaktoriellen Präventionsprogramm zusammengestellt werden (Vgl. ebd.). Die Durchführung der Studie fand im Jahr 2006/07 statt (Vgl. BDEW 2007, o.S.). Der Ansatzpunkt für die Studie war, das Trinkverhalten von Kindern und Jugendlichen, denn Hinweise deuten darauf hin, dass der Verzehr verschiedener Getränkekategorien mit der Gewichtsentwicklung assoziiert ist (Vgl. Muckelbauer et. al. 2011, S. 339).

Die Entstehung von Übergewicht wird aufgrund des Verzehrs von zuckerhaltigen Getränken mit einer hohen Energiedichte in Zusammenhang gebracht (Vgl. ebd.). Zuckergesüsste Getränke werden als Ernährungsfaktor mit der derzeit grössten Evidenz für eine Wirkung auf die Gewichtszunahme bezeichnet (Vgl. Must/Barish/Bandini 2009). Da Wasser ein energiefreies Lebensmittel ist, soll sich die Prävention positiv auswirken, wenn dadurch zuckerhaltige Getränke und Säfte ersetzt werden (Vgl. Muckelbauer et. al. 2011, S. 339). Da bislang keine Interventionsstudie zur Wirkung eines erhöhten Wasserverzehrs auf die Entwicklung von Übergewicht bei Kindern durchgeführt wurde, erprobte die „trinkfit“-Studie als erste diesen Interventionsansatz (Vgl. ebd.) Es galt zu überprüfen, ob eine Veränderung des Trinkverhaltens der Entstehung von Übergewicht bei Kindern im Grundschulalter vorbeugen kann (Vgl. ebd. S. 341). „Ziel der Verhaltensänderung zur Prävention von Übergewicht war die Verbesserung des Trinkverhaltens der Grundschulkinder“ (ebd., S. 342).

Als Zielgruppen wurden Kinder aus der Grundschule ausgewählt, da sie in einem für die Übergewichtsprävention entscheidenden Alter sind (Vgl. ebd., S. 340). Schulen wurden zudem gezielt in benachteiligten Stadtteilen ausgewählt, da hier besonders viele Kinder mit erhöhtem Risiko für Übergewicht und Adipositas erreicht werden können (Vgl. ebd.). Denn sozioökonomische Familiensituation und Migrationshintergrund sind bei der Verbreitung von Adipositas wichtige Determinanten, die man in der Studie nicht ausschliessen wollte.

Um die Schüler zum bevorzugten Wassertrinken zu motivieren, kombinierte man Massnahmen der Verhalten- und Verhältnisprävention. „Die edukativen Massnahmen der Verhaltensprävention setzten sich aus vier 45-minütigen Unterrichtseinheiten mit interaktiven Elementen und Experimenten zusammen, die die Lehrer zu Beginn der Studie in den regulären Unterricht integrieren sollten“ (ebd., S. 343). Die Unterrichtseinheiten



beinhalteten die Themen „Wasserbedarf“, „Wasserverlust und -aufnahme durch den Körper“, „Wasserkreislauf in der Natur“ und ein Element zur Werbung für die Aktion „trinkfit – mach mit“ (Vgl. ebd.). Drei Monate nach dem Studienbeginn führten Lehrer Motivationseinheiten durch, welche das Ziel verfolgten, den Wasserverzehr der Schüler nachhaltig zu erhöhen (Vgl. ebd.). „Im Rahmen der Verhältnisprävention wurde den Schulkindern ein erleichterter Zugang zu Trinkwasser verschafft, indem in den Schulen je nach Anzahl der Schüler ein oder zwei Wasserspender an einem zentralen Ort installiert wurden“ (ebd.).

Obwohl unklar ist, ob die Verhaltens- oder Verhältnisprävention wirkungsvoll war, gewann man durch die Kombination beider Interventionsansätze eine positive Ergebniserzielung (Vgl. ebd., S. 346). „Dennoch deuten die Ergebnisse der Prozessevaluation darauf hin, dass verhältnispräventive Massnahmen im Vergleich zu den edukativen Massnahmen [d.h., der Verhaltensprävention, A.M.] in grösserem Ausmass umgesetzt und auch nachhaltiger in den Schulalltag integriert wurden“ (ebd.).

Nach der 1-jährigen Studie wurde anhand von Trinkprotokollen und des anhaltend steigenden Wasserdurchlaufs in den Wasserspendern während der Studiienerhebung eindeutige Ergebnisse ermittelt (Vgl. BDEW 2007, o.S.). In der Literatur finden sich jedoch keine Angaben in Litern, es wird dabei stets von Gläsern gesprochen. Wie viel Deziliter ein Glas dabei hat, wird nicht erwähnt. Kinder tranken pro Tag 0,6 Gläser mehr Wasser in der Schule und 1,5 Gläser mehr über den ganzen Tag verteilt (Vgl. ebd.). Ebenfalls der Verzehr von Süsshaltigen Getränken sank bei der Interventionsgruppe um 0,2 Gläser pro Tag (Vgl. ebd.). Konkret auf Adipositas bezogen zeigte die Studie, dass mit „Trinkfit - mach mit!“ an Schulen deutlich weniger normalgewichtige Kinder übergewichtig werden (3,8%) als ohne (6,0%) (Vgl. Muckelbauer et. al. 2009a). Das Risiko übergewichtig zu werden sank bei der Interventionsgruppe um 31% (Vgl. ebd.).

Auch die Lehrer waren mit ihrer subjektiven Meinung ein tragender Indikator für ein verändertes Trinkverhalten bei den Schülern. So berichteten 93%, dass die Kinder - im Vergleich zum Studienbeginn - keine oder weniger Getränke von zu Hause mitbrachten (Vgl. Muckelbauer et. al. 2011, S. 346). Zwei Jahre nach der Beendung der Studie betrieben 11 der ursprünglich 17 Schulen weiterhin die Wasserspender und setzten somit die verhältnispräventive Massnahme um (Vgl. Muckelbauer et. al. 2009b). Mit jährlichen Kosten von 9 Euro pro Kind, das an der Studie teilgenommen hatte, beziehungsweise 4,5 Euro pro Schulkind während der Nachbeobachtungszeit, waren die Kosten für Schulen tragbar, auch als das Studienbudget die Wasserkosten nicht mehr gedeckt hat (Vgl. Muckelbauer et. al. 2011, S. 345).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der „trinkfit“-Studie, dass die einfachen Massnahmen zur Förderung des Wasserverzehrs nachweislich das Risiko für Übergewicht verringern und zudem den Wasserkonsum um etwa ein Glas pro Tag erhöhen konnten (Vgl. ebd., S. 346). Die Tatsachen, dass über den Studienzeitraum hinaus die Nutzung der Wasserspender nachgewiesen werden konnte und viele Schulen andere Finanzierungsmöglichkeiten fanden, obwohl es sich um Schulen in sozial benachteiligten Stadtteilen handelte, sprechen für eine gute Übertragbarkeit und Realisierbarkeit der „trinkfit“-Massnahmen (Vgl. ebd., S. 347). Somit ist eine grossflächige Verbreitung der erfolgreich evaluierten Präventionsmassnahme nicht ausgeschlossen (Vgl. ebd.). Die Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit der Interventionsmassnahme konnte belegt werden.

Die „trinkfit“-Studie veranschaulicht, dass eine Kombination aus beiden Präventionsmöglichkeiten vielversprechend und erfolgsbringend ist. Im Vergleich zu „Lions-Quest“ wurde jedoch eine Verhältnisprävention, welche Einfluss auf die Kinder hatte, ohne ihre Partizipation zu erwarten. Die relativ geringen Aufwandskosten und die positive Rückmeldung der Schüler und Lehrer verdeutlichen weiterhin die gelungene Durchführung. Beide Interventionsmassnahmen fördern Kindern und Jugendliche in ihrem Gesundheitsverständnis. „Lions-Quest“ fokussiert jedoch das Verhalten und fördert Kompetenzen der Jugendlichen. Dieser Zugangsweg ist sehr wichtig, da bisher wenig auf die kindliche Psyche in Interventionsprogrammen eingegangen wurde. Durch diese Art von Prävention lernen Kinder und Jugendliche sich selber kennen und lernen, auf sich selbst zu hören. Entscheidungen selbstständig zu treffen und sich bewusst sein, dass eigene Handlungen Konsequenzen mit sich tragen ist ein wichtiger Lehrprozess in der Jugendphase. Dass Kinder und Jugendliche dabei unterstützt werden, geht schulischen Unterricht hinaus und fördert Kinder auf eine individuellere Weise. Im Gegensatz dazu wirkt eine simple Veränderung der Umgebung ebenso stark. Obwohl Adipositas dank seiner Verbreitung in allen sozialen Schichten und Altersgruppen als eine komplexe Krankheit betrachtet werden kann, konnte eine einfache Installation wesentlichen Einfluss auf die Schüler haben. Wenn zuckerhaltiges Wasser einfach ersetzt wird, nehmen Kinder es an und übernehmen eine Verhaltensweise, zu der sie nicht motiviert werden mussten. Mit begleitenden Unterrichtseinheiten stärkte man das Interesse der Kinder für Wasser und unterstützte den Verlauf der Studie durch kognitive Massnahmen.

## 6. Familie als Setting

In diesem Kapitel wird auf die Familie als Setting-Ansatz betrachtet. Es wird die Bedeutung der Familie im Bezug auf das Essverhalten und Bewegungsgewohnheiten erläutert bevor die Steigerung von körperlicher Aktivität als Präventionsmassnahme vorgestellt wird. Danach soll eine gesunde Esserziehung als Interventionsmassnahme analysiert werden, wobei sich beide Massnahmen auch auf das Kleinkindalter beziehen, da die Familie als einziges Setting bereits in diesen Jahren gesundheitsfördernd erziehen kann.

### 6.1 Bedeutung der Familie

Neben der Schule ist die Familie eine Sozialisationsinstanz, die von herausragender Bedeutung für die Entwicklung in der Kindheit und Jugend ist (Vgl. Ditton 2009, S. 237). Denn Kinder und Jugendliche befinden sich über eine lange Phase in beiden Institutionen zeitgleich, womit es möglich und sogar wünschenswert ist, dass Schule und Familie in der Prävention zusammenarbeiten. „In den Elternhäusern wird der Schlüssel dazu gelegt, ob und wie Kinder und Jugendliche die Fähigkeiten entwickeln, Körper, Psyche, soziale und ökologische Umwelt mit ihren jeweiligen Anforderungen in eine Balance zu bringen“ (Hurrelmann et al. 2013, S. 267). Sie sind für Kinder und Jugendliche die wichtigsten Vermittler von Körper- und Gesundheitswissen (Vgl. ebd.).

Da bereits ein gesundheitsschädigendes Verhalten in der Schwangerschaft zu Adipositas führen kann, muss die Behandlung von Adipositas nicht erst im Kindesalter sondern viel früher ansetzen. Eltern haben durch ihren direkten Einfluss eine entscheidende Rolle für kindliche Verhaltensänderungen (Vgl. Golan/Crow 2004, S. 39).

„Zu nennen sind in diesem Zusammenhang folgende Einflussfaktoren: das elterliche Wissen über die Bedeutung von Ernährung und körperlicher Aktivität, die Lebensmittelauswahl für die Familie, das häusliche Ernährungsmuster, die Struktur der Mahlzeiten, die elterliche Vorbildfunktion, der allgemeine Erziehungsstil und problematische Kommunikationsmuster“ (Mata/Munsch 2011, S. 552).

Elterlicher Einfluss hat eine enorme Tragweite im Bezug auf das kindliche Verhalten. Studien bewiesen, dass eine Intervention, die ausschliesslich auf die Eltern abzielte, erfolgreicher war als eine, die sich nur auf die sieben- bis zwölfjährigen Kinder bezog (Vgl. Golan/Menahem/Weizman 1998, S. 1222). Der Erfolg zeigte sich auch sieben Jahre nach Interventionsende. Dabei waren 60% der Kinder aus der Elterninterventionsgruppe nicht mehr adipös (Vgl. Golan/Crow 2004, S. 45). In der nur auf die Kinder gerichteten Interventionsgruppe lag der Anteil bei nur 31% (Vgl. ebd.). Zu ähnlichen

Ergebnissen kommen zahlreiche weitere Studien (Vgl. Mata/Munsch 2011, S.552f). Dies zeigt, dass Eltern eindeutig den direktesten und intensivsten Zugang zu ihren Kindern haben und ihnen durch ihr eigenes Verhalten Vorbild und Orientierungspunkt sind (Vgl. Hurrelmann et al. 2013, S. 267). Die internationale vergleichende Studie „Health Behavior in School-Aged Children“ kam zu dem Ergebnis, dass in allen Fällen von ungünstigem Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen ein Mangel an elterlichen Kompetenzen, über Erziehung und Bildung Einfluss auf die kindliche Gesundheitsförderung zu nehmen, vorhanden ist (Vgl. ebd.).

## **6.2 Körperliche Aktivität als Präventionsmassnahme**

Eine der Hauptursachen für Adipositas und Übergewicht ist der Bewegungsmangel bei Kindern und Jugendlichen (Vgl. Hauner et al. 2009, S. 144). Obwohl Bewegung im Kindes- und Jugendalter von immenser Bedeutung ist, bestätigen viele Studien einen zunehmenden Rückgang von körperlicher Aktivität bei Kindern und Jugendlichen (Vgl. Graf/Dordel/Koch 2010, S. 78). Insbesondere die übermässige Nutzung audiovisueller Medien löst Bewegungsmangel aus (Vgl. ebd.). Dabei entspricht körperliche Aktivität der Natur des Menschen und sorgt für den entscheidenden Stimulus, um die Erhaltung zahlreicher Organsysteme und Körperfunktionen zu initialisieren (Vgl. Oertel/Walther/Kirch 2009, S. 240). Unstrittig ist, dass ein körperlich aktiv gestalteter Alltag nicht nur die Lebensqualität verbessert, sondern auch eine herausragende Rolle beim Erhalt und der Förderung der Gesundheit spielt (Vgl. ebd.). Im Setting Schule gibt es zwar bewegungsfördernde Massnahmen, diese sind jedoch meistens zeitlich begrenzt und sind keine konkreten Interventionsmassnahmen. Zu solchen Veranstaltungen gehört beispielsweise ein semesterweise stattfindender Sporttag. Obwohl er die körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen eindeutig fördert, gibt es keine Evaluierungen über seine Wirksamkeit. Ausser dem Sportunterricht bieten Schulen zusätzlich Sportlager und ähnliche Ausflüge an, die aber hier nicht berücksichtigt werden, da sie zwar eine Wirkung haben, diese aber verhältnismässig klein im Gegensatz zu der elterlichen Verhaltensprävention ist. Im Folgenden werden Interventionsmassnahmen im Kleinkindalter vorgestellt.

### **6.2.1 Kleinkindalter**

Beginnend soll auf das Kleinkindalter eingegangen werden, da in der Familie möglichst frühe Präventionsmassnahmen wesentlich sinnvoller sind. Körperliche Aktivität von Kleinkindern zu unterstützen, heisst vor allem die Freude an Bewegung zu erhalten und diese Bewegung nicht einzuschränken (Vgl. Koletzko et al. 2013, S. 1196). Kör-

perliche Aktivität beeinflusst die Gesundheit und Fitness das ganze Leben lang positiv (Vgl. ebd.). Sie stärkt das Herz-Kreislauf-System, den Bewegungsapparat und beugt lebensstilbedingten Erkrankungen, wie es Adipositas ist, vor (Vgl. ebd.).

Die ersten Bewegungserfahrungen von Kleinkindern sollen durch die Eltern auf verschiedene Weisen unterstützt werden. Bewegung soll demnach gemeinsam mit dem Kind in den Alltag eingebaut werden, wobei dem Kind gezielt vielfältige Bewegungsanreize gegeben werden sollten (Vgl. Koletzko et al. 2013, S. 1196). Dabei kann man kurze Wege gemeinsam mit dem Kind zu Fuss gehen (Vgl. ebd.) Vor allem aber ist selbstständige Bewegungserfahrung erwünscht, da sich das Kleinkind an Bewegungsfertigkeiten in seinem eigenen Tempo herantastet, bis sie zunehmend sicherer und kontrollierter werden (Vgl. ebd.). „Dieses eigenständige Ausprobieren, das Erfahren der eigenen Fähigkeiten, Grenzen und der Selbstwirksamkeit stärken das Selbstvertrauen und ein positives Selbstkonzept“ (ebd.). Kleinkindern wird eine Bewegungszeit von mindesten 90 Minuten geraten (Vgl. Graf et al. 2013, S. 439). Als weitere Empfehlung gilt auf sichere Räume für Bewegung des Kindes und genügend eingeplante Zeit zu achten (Vgl. ebd.). Räume können verhältnispräventiv so gestaltet werden, dass sie zur Bewegung anregen und diese möglichst wenig einschränken (Vgl. Koletzko et al. 2013, S. 1196.). Zudem sollten Eltern Bewegungserfahrungen mit anderen Kindern ermöglichen und Familienangebote wie Eltern-Kind-Turnen nutzen (Vgl. ebd.). Da Kinder lernen sollen, mit Gefahren und Risiken kompetent umzugehen, sollte die selbst gewählte körperliche Aktivität des Kindes nicht unterbrochen werden, solange keine ernsthaften Gefahren drohen (Vgl. ebd.)

Neben der Steigerung der körperlichen Aktivität muss in der Familie auch eine Begrenzung von Inaktivität beachtet werden. Dabei werden längere Sitzzeiten des Kindes unterbrochen und unnötige Sitzzeiten vermieden (Vgl. ebd., S. 1197).

Übergewicht wird bei Kindern und Jugendlichen in besonderem Masse mit gesteigertem Medienkonsum in Verbindung gebracht (Vgl. Zubrägel/settertobulte 2003, S. 167), die schon bei Kleinkindern nachgewiesen ist (Vgl. LeBlanc 2012, S. 757). Einerseits ist das Sitzen vor dem Fernseher schädigend, da die Sitzzeiten der Kleinkinder beschränkt sind. Auf der anderen Seite hat nicht nur das Medium sondern vor allem sein Inhalt Einfluss auf das Kind. Bildschirmmedien können Kleinkindern überfordern und sich negativ auf sie auswirken. Im Gegensatz zur Konsumierung von Bildschirmmedien ist eine ganzheitliche Stimulierung der Sinne durch die Umwelt sowie Eigentätigkeit für die Entwicklung des Kindes von grosser Bedeutung (Vgl. Koletzko et al. 2013, S. 1197). Deshalb ist es wünschenswert, dass Kleinkinder möglichst gar nicht fernsehen und keine anderen Bildschirmmedien konsumieren (Vgl. ebd., S. 1196).

Beim umstrukturierten Spiel hat es die Möglichkeit, sich selbst aktiv zu erfahren, unterschiedliche körperliche-sinnliche Erfahrungen zu sammeln und eigenständig Ursachen und Wirkungszusammenhänge kennenzulernen (Vgl. ebd., S. 1197). Nutzt das Kind jedoch Bildschirmmedien, ist seine Sinnestätigkeit fast gänzlich auf auditive und visuelle Wahrnehmung beschränkt (Vgl. ebd.). Medieninhalten werden zudem anders von Kindern wahrgenommen als von Erwachsenen. Kleinkinder können zwischen Programmen und Werbung nicht unterscheiden und neigen öfters dazu, Werbung für wahr zu halten (Vgl. ebd.) Hierfür besteht eine überzeugende Datenlage für den nachteiligen Einfluss der Fernsehwerbung auf die Lebensmittelpräferenzen der Kinder und ihr Risiko, Übergewicht zu entwickeln (Vgl. ebd. zit nach Institute of Medicine 2011, o.S.). Obwohl die Situation durch ältere Geschwister manchmal schwer kontrollierbar ist, sollten die Eltern den Medienkonsum ihrer Kinder verfolgen und diesen nicht uneingeschränkt zur Nutzung stellen.

### **6.2.2 Kinder und Jugendliche**

Nachdem die Wahrnehmung für ein bewusstes Gefühl für Bewegung und körperliche Aktivität durch die Eltern vermittelt wurde sollte sich diese in der Kindes- und Jugendphase beibehalten werden. Kindern ab 5 Jahren wird von der WHO eine Bewegungszeit von mindestens 60 Minuten täglich vorgeschlagen (WHO 2010, S. 7). Eltern haben anfänglich die Grundversorgung als Hauptaufgabe. Im zunehmenden Alter der Kinder erhalten sie ebenfalls eine Vorbildfunktion. Das kindliche Verhalten wird dadurch beeinflusst und nimmt Gewohnheiten auf.

Verschiedene Untersuchungen, zeigten einen engen Zusammenhang zwischen den Freizeitaktivitäten der Eltern und denjenigen der Kinder auf (Vgl. Graf et al. 2003, S. 3110). So hatten Eltern, die keinen oder nur unregelmässig Sport trieben, den höchsten BMI (Vgl. ebd., S. 3112). Kinder, deren Eltern keinen Sport trieben, waren ebenfalls auffällig inaktiv (Vgl. ebd.). Väter, die im Verein und/oder regelmässig aktiv waren, hatten hingegen eine positive Wirkung auf ihre Kinder (Vgl. ebd.). Diese wiesen nämlich den niedrigsten BMI auf und waren die schlanksten Kinder (Vgl. ebd.). Die Vorbildfunktion der Eltern dient hier als Kommunikationsstruktur und veranschaulicht den Kindern und Jugendlichen die Vorteile der Bewegung. Reines Imitieren des Verhaltens der Eltern ist aber nicht das Ziel. Kinder sind ebenfalls darauf angewiesen, dass sie zu „ihrem“ Sport angemeldet und gebracht werden (Vgl. ebd., S. 3113). Eltern sollten deshalb nicht nur ein Eigeninteresse am Sport mitbringen, sondern auch bei ihren Kindern auf mehr Aktivität im oder ausserhalb eines Vereins achten (Vgl. ebd.). Durch Teilnahme am sportlichen Verhalten und dessen Förderung können Eltern präventiv gegen Übergewicht und Adipositas wirken. Sportliche Aktivitäten innerhalb der Familie und in Vereinen stärkt das Kind in seinen sozialen Kompetenzen und lehrt es zugleich ein Körpergefühl zu entwickeln.

## 6.3 Esserziehung als Präventionsmassnahme

Im folgenden Unterkapitel wird Esserziehung als Interventionsmassnahme betrachtet. Es wurde bereits in dieser Arbeit auf die Einflüsse des Verhaltens der Mutter hingewiesen und die Dringlichkeit der frühen Vorsorge dargelegt. Der Gestaltung einer gesunden Esskultur wird dabei besondere Bedeutung zugemessen.

Auch hier bezieht sich die Arbeit auch auf Kleinkinder, da sie gegen Ende des 1. Lebensjahres immer häufiger das normale Essen der Familie erhalten (Vgl. ebd. S. 1187). Durch den Übergang von Muttermilch zur gemischten und ausgewogenen Familienkost wird die Lebensmittelauswahl für ein Kleinkind grösser (Vgl. ebd.). Bei Essen und Trinken wird das Kind zunehmend selbstständiger und übernimmt dabei familiäre und kulturelle Gewohnheiten (Vgl. ebd.). Bei diesem Übergang und dem Prozess des Essenlernens sollen die Kinder von ihren Eltern unterstützt werden (Vgl. ebd., S. 3110). Dabei unterstützen klare Regeln, Strukturen und Grenzen das Kind im Erlernen gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (Vgl. ebd., S. 1188).

### 6.3.1 Essen lernen

Auch hier bezieht sich die Arbeit auch auf Kleinkinder, da sie gegen Ende des 1. Lebensjahres immer häufiger das normale Essen der Familie erhalten (Vgl. ebd. S. 1187). Durch den Übergang von Muttermilch zur gemischten und ausgewogenen Familienkost wird die Lebensmittelauswahl für ein Kleinkind grösser (Vgl. ebd.). Bei Essen und Trinken wird das Kind zunehmend selbstständiger und übernimmt dabei familiäre und kulturelle Gewohnheiten (Vgl. ebd.).

„Kinder lernen das Essen auf ähnliche Weise wie ihre Sprache: Durch eigenes Tun, Nachahmung, Interaktion und Kommunikation“ (ebd. S. 1889). Sie müssen Essen zuerst ausprobieren und kennenlernen. In dieser Phase sollten sie ermutigt werden, neue Lebensmittel und Speisen zu probieren und diese zu entdecken (Vgl. ebd., S. 1191). Durch vielfältiges Angebot und wiederholtes Probieren bilden sich bei den Kindern Geschmackspräferenzen (Vgl. ebd.). Eltern sollten Lebensmittel auch einzeln anbieten, damit Kinder bei deren Verkostung ihre Eigenschaft erfahren können (Vgl. ebd.). Neben der Frage was man serviert ist ebenfalls ein regelmässiger Rhythmus bei der Einnahme der Mahlzeiten vorhanden sein (Vgl. ebd., S. 1189f). Wie bereits erwähnt spielt die Einnahme regelmässiger Mahlzeiten eine entscheidende Rolle bei der Vermeidung von Adipositas und Übergewicht. In den Essenspausen zwischen den Mahlzeiten sollten Eltern darauf achten, dass Snacks, Zuckerhaltige Getränke und Milch nicht verzehrt werden (Vgl. ebd., S. 1890). So erfährt das Kind, dass sich Zeiten zum Essen und Zeiten für andere Aktivitäten, wie Spiel und Bewegung, abwechseln (Vgl. ebd.).

Der strukturierte Ablauf der Essenszeiten haben einen weitere Wirkung auf das Kind. Es lernt, dass nicht jedes Bedürfnis nach Essen umgehend befriedigt werden muss und dass es zugunsten der gemeinsamen Mahlzeit in der Familie aufgeschoben werden kann (Vgl. ebd.).

Die ausgewogenen Mahlzeiten sollten gut über den Tag verteilt sein. In Deutschland sind 3 Hauptmahlzeiten und zwei kleinere Zwischenmahlzeiten am Vor- und Nachmittag üblich (Vgl. ebd.) Die Zeiten für das Essen sollten der ganzen Familie wichtig sein, denn gemeinsames Essen ist ein wichtiger Teil des Familienlebens. Eine angenehme soziale Atmosphäre zwischen den Familienmitgliedern beim Essen wirkt sich als positiver Verstärker für die Ausprägung von Lebensmittelpräferenzen und Essgewohnheiten (Vgl. Birch/Anzman-Frasca 2011, S. 642). Eine Metaanalyse belegte, dass Kinder und Jugendliche (2,8-17,3 Jahre) mit mehr Familienmahlzeiten unter der Woche häufiger ein empfehlenswertes Essverhalten und ein Gewicht im Normalbereich aufweisen als jene, die nur selten in Gemeinschaft der Familie essen (Vgl. Hammons/Fiese 2011, S.1572). Durch Einbezug der Kinder in die Essenskultur der Familie stabilisieren sich Präferenzen und Routinen im Umgang mit dem Verzehr. Kinder können, sobald sie die motorischen Fähigkeiten dazu entwickelt haben, beim Kochen helfen und so Zubereitungsarten kennenlernen und Komponenten einzelner Mahlzeiten erforschen.

## **6.4 Präventionsdilemma in der elterlichen Partizipation**

Obwohl an Settings gebundene Interventionsmassnahmen besonders sozial benachteiligte Familien erreichen sollen, gelingt dies nicht immer. In diesem Kapitel wird das Präventionsdilemma definiert und Lösungsansätze vorgestellt.

### **6.4.1 Definition Präventionsdilemma**

Am 1. Januar 2000 trat eine Neufassung des § 20 Abs. 1 bis 3 SGB V, eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. (Vgl. IKK-Bundesverband 2006, S. 7). Der durch die Spitzenverbände verfasste erste Absatz des GKV-Gesundheitsreformgesetzes darin lautet wie folgt:

„[...]Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Kranken-



kassen beschliessen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik“ (ebd.).

Dem Gesetz zufolge, sollen besonders sozial benachteiligte Familien durch Settings vermindert werden und damit die Risikofaktoren für jene Familien mindern. Wie bereits erwähnt sind sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche besonders anfällig für Risikofaktoren und präventive Massnahmen sollen deshalb vor allem diese Gruppe erreichen. Betrachtet man dieses Ziel in Bezug auf die Elternpartizipation entsteht aber ein Präventionsdilemma. Dieses theoretische Modell geht davon aus, dass diejenigen Gruppen, die Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen am dringendsten brauchen würden, bislang am wenigsten durch die entsprechenden Programme erreicht werden können (Vgl. Hartung/Bittlingmayer 2008, S. 17). „Die gesundheitliche Ungleichheit kann mithin ausgerechnet durch sinnvolle und wirksame Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme weiter ansteigen, wenn die Programmwahrnehmung in dieser Weise selektiv verläuft“ (ebd.). Nimmt nur eine privilegierte Gruppe an den Programmen teil und ändert ihr Verhalten indem sie Risikoverhalten minimiert oder gesundheitsförderliches Verhalten stärkt, droht die bestehende Kluft sich eher auszuweiten (Vgl. ebd.) Denn gleichzeitig ändern unprivilegierte Individuen seltener ihre ohnehin statistisch riskante Verhaltensweisen, da sie nicht erreicht werden (Vgl. ebd.).

### 6.4.2 Ursachen

Doch weshalb werden die Eltern aus sozial benachteiligten Gruppen nicht erreicht? In einer Studie wurde die Beteiligung der Eltern an schulischer Elternarbeit schulformspezifisch untersucht (Vgl. Hartung/Kluwe/Sahrai 2011, S. 605). Dabei sollten die Gründe für die Nichtbeteiligung der Eltern ermittelt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Beteiligungsformen der Eltern in differenzierter Weise erfasst werden müssen (Vgl. ebd.). So ist beispielsweise zwischen den Partizipationen wie Elternabend und Elternsprechtag zu unterscheiden (Vgl. ebd.). Betrachtet man die Ergebnisse unter der Voraussetzung, dass sich in Hauptschulen mehr Kinder aus sozial benachteiligten Familien finden als in Gymnasien, kommt nach zu neuen Rückschlüssen. Es ist festzustellen, dass Eltern, deren Kinder die Hauptschule besuchen sich in keiner Weise weniger beteiligen als Eltern von Gymnasiasten (Vgl. ebd.). Die Partizipation der Hauptschuleltern ist nicht bei jeder Gelegenheit schwach, was darauf hinweist, dass die Eltern am Schulleben teilnehmen möchten (Vgl. ebd.). Dies deckt sich schlussfolgernd mit dem Ergebnis, dass das Beteiligungsverhalten von Hauptschuleltern nicht durch mangelndes Interesse gesteuert wird (Vgl. ebd., S. 606). Viel mehr ist es die Überzeugung, in der Schule nichts bewirken zu können (Vgl. ebd.). Den Eltern fehlt teilweise das nötige Problembewusstsein und oft sind die Kurse finanziell nicht tragbar (Vgl. Hurrelmann et

al. 2013, S. 268). Die elterliche Beteiligung ist jedoch sehr relevant für die Entwicklung der Kinder (Vgl. Hartung/Kluwe/Sahrai 2011, S. 606). Einerseits erhalten emotionale und psychosoziale Unterstützung von anderen Eltern und durch die Pädagogen. Dazu kommt der Vorteil, dass das Schulpersonal besser in der Lage ist, sich ein objektives Bild von den Familien zu machen und die Kinder optimal zu fördern (Vgl. ebd.). „Der herkunftsabhängigen Benachteiligung vieler Kinder im Schulsystem könnte damit etwas entgegengesetzt und zusätzlich das soziale Kapital, also die Voraussetzungen für Unterstützung der Eltern, insbesondere durch das schulische Personal, gestärkt werden“ (ebd.).

### 6.4.3 Teilnahmegewinnung der Eltern

Präventionsprogramme werden meistens nur von Gruppen aus einem gut situierten sozialen Umfeld wahrgenommen. Die Notwendigkeit beruht dementsprechend auf der Erreichung sozial benachteiligter Kinder und deren Eltern. Angebote, die vor allem über körperliche, psychische und soziale Entwicklungsschritte im Kindes- und Jugendalter informieren, sind in ihrer Anzahl nicht wenig (Vgl. Hurrelmann et al. 2013, S. 267). Die damit verbundenen Leistungs-, Verhaltens- und Gesundheitsprobleme bilden Schwerpunkte in den frei wählbaren Angeboten von Elterntrainings zur Förderung der Erziehungskompetenz (Vgl. ebd.). Die zur Verfügung gestellten Angebote erreichen aber nur schätzungsweise 5% der Elternschaft (Vgl. ebd., S. 267f). Besonders alleinerziehende Eltern, Eltern mit Migrationshintergrund, Eltern in relativer Armut und Eltern mit einem geringen Bildungsgrad werden auf diesem Wege nicht zu einer Inanspruchnahme von Trainingsangeboten gebracht (Vgl. ebd., S. 268). Die meisten Elternbildungsangebote bedienen sich an einer „Komm-Struktur“, der freien Variante (Vgl. ebd.). Dies bedeutet, dass Eltern sich auf eigene Initiative bei den etwa 400 ausgebildeten und verifizierten Trainern in ganz Deutschland, gegen eine Teilnahmegebühr, registrieren lassen können (Vgl. ebd., S. 272). Genau diese Methode führt aber dazu, dass sich Eltern aktiv auf die Angebote zubewegen müssen und somit nur überwiegend hoch motivierte Eltern aus gut situiertem sozialen Umfeld erreicht werden (Vgl. ebd., S. 268). Um diesem Dilemma entgegenzuwirken stützen sich einige alternative Organisationen auf eine andere Methode zur Erreichbarkeit der Eltern. Elternbildungsprogramme wie „Lions-Quest-Elternarbeit“ oder „STEP-Elterntraining“ beziehen sich auf eine „Zugeh-Struktur“ (Vgl. ebd.).

„In jeder Kinderkrippe, jeder Kindertagesstätte, bei jeder Tagesmutter und später jeder Grundschule oder weiterführenden Schule, aber auch in kommunalen Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe wird eine in den Alltagsbetrieb integrierte ‘gebundene’ Form des Angebots von Elternbildung vorgehalten“ (ebd.).

Der Vorteil ist, dass Elternbildung dort angeboten wird, wo sich Eltern und Kinder im Laufe eines normalen Tages ohnehin bereits aufhalten (Vgl. ebd.). Im Rahmen eines Forschungsprojektes war es möglich, die Beteiligungsquoten von sozial benachteiligten Eltern zu vergleichen, die über die „Komm-Struktur“ freier Angebote und über die „Zugeh-Struktur“ von Angeboten, die an ein Setting gebunden waren, erzielt wurden (Vgl. ebd., S. 272). Die „Komm-Struktur“ spricht gemäss der Analyse überwiegend Eltern mit einem relativ hohen formalen Bildungsstatus an, die in einer guter ökonomischer Lage leben (Vgl. ebd.). Die „Zugeh-Struktur“ bewirkt hingegen, dass die Inanspruchnahme der Elternkurse sozial breiter streut (Vgl. ebd.). Wird das Angebot an ein Setting gebunden, werden grosse Teile derjenigen sozial benachteiligten Eltern erreicht, die sich durch die freien Programmangebote nur schwach oder gar nicht angesprochen fühlen (Vgl. ebd., S. 272f).

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Teilnahmegewinnung von Eltern stellt das schulische Setting dar. Elternedukative Bereiche im schulischen Setting konzentrieren sich auf das Gesundheitsverhalten, das Konfliktlösungsverhalten und auf die Stärkung allgemeiner Erziehungskompetenzen (Vgl. Hartung/Bittlingmayer 2008, S. 15). Dabei sollen Eltern dazu ermuntert werden, ihre bisherigen Erziehungs- und Freizeitgewohnheiten an Massstäben einer gelingenden und gesundheitszuträglichen Kompetenzentwicklung ihrer Kinder auszurichten (Vgl. ebd.). Programme wie „Lions-Quest - Erwachsen werden“ weisen ein Modul zur Elternedukation auf, das die Interventionsstunden durch das Elternhaus flankieren soll (Vgl. ebd.). Dabei sollen Fachkräfte die Eltern beraten und ihnen die Bedeutung ihrer Vorbildrolle und Erziehungsverantwortung bewusst machen, sie aber nicht unter Druck setzen (Vgl. Koletzko 2013, S. 1188). Eltern sollten angeregt und unterstützt werden, ausgehend von ihren unterschiedlichen Bedürfnissen, kulturellen Hintergründen und Ressourcen, selbst praktikable Wege für die Umsetzung eines gesundheitsfördernden Lebensstils im Familienalltag zu finden (Vgl. ebd.). So können sie ihr Kind bei seinen ernährungs- und bewegungsbezogenen Bildungs- und Lernprozessen begleiten und stärken (Vgl. ebd.). „Gewohnheiten, die im Kleinkindalter erworben wurden, wirken sich nicht nur kurzfristig aus, sie prägen auch wesentlich spätere Ess- und Bewegungsgewohnheiten bis ins Erwachsenenalter“ (ebd.). Ein gesunder Lebensstil der Kinder und Jugendlichen gilt folglich als Schlüssel zur Vorbeugung von Übergewicht und ernährungsabhängigen Erkrankungen (Vgl. ebd.).

Gesundes Essverhalten entsteht als erstes in der Familie, was diese zum wichtigsten Ort für Interventionsmassnahmen macht. Durch Einbezug des Kindes in eine gesundheitsfördernde Esskultur und das spielerische Erforschen der Lebensmittel, werden Kinder in ihrem Essverhalten begleitet und unterstützt. Sportliche Interventionsmassnahmen können hier im Gegensatz zu der Schule langfristig angewendet werden, da

sich Eltern um Sport im Verein kümmern können. Kinder lernen von ihren Eltern und übernehmen ihre Sportgewohnheiten. Deshalb sollen Eltern sich stets in einer Vorbildfunktion betrachtet und ein repräsentatives Gesundheitsverhalten zeigen. Um weiterhin aktiv am Leben der Kinder teilzunehmen, ist die elterliche Teilnahme an schulischen Programme sehr wichtig. Dabei können Eltern in Trainings ihre Kompetenzen stärken und diese im Familienleben umsetzen. Das schulische Setting wird durch die Elternpartizipation ergänzt und gefestigt und dient gleichzeitig als Förderung im familiären Bereich.

## 7. Schlusswort

In den letzten 20 Jahren rückten Übergewicht und Adipositas als Krankheitsformen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, ins Zentrum medizinischer Diskussionen. Ihre gesundheitspolitische Relevanz machte sie aber vor allem auch zum Bestandteil breiter, gesellschaftlicher Debatten. Für die Präventionsforschung im Bereich Adipositas sind Kinder aus unterschiedlichen Gründen eine wichtige Zielgruppe.

Zum einen besteht bei adipösen Kindern und Jugendlichen die Wahrscheinlichkeit, im Alter weiterhin übergewichtig zu bleiben, zum anderen fallen grosse Risiken für Folgeerkrankungen an. Diese behindern Kinder und Jugendliche in ihrer Bewegung und schränken sie im Alltag ein. Neben den physischen Folgen sind auch psychische Beschwerden festzustellen. Kinder mit Adipositas leiden in der Schule oft an Ausgrenzung und Mobbing, was zu Angststörungen und Depressionen führen kann. Durch die epidemische Ausbreitung und die schwerwiegenden Folgen ist es deshalb entscheidend, dass Interventionsmassnahmen so früh wie möglich ansetzen.

In der westlichen Welt, wo Essen zu einer veritablen Industrie verkommen ist, müssen Kinder lernen ein Ernährungsverhalten zu entwickeln, das zu einem gesunden Lebensstil beiträgt. Dabei liegt der primäre Fokus auf den Eltern, die sehr früh entscheidenden Einfluss auf das Essverhalten ihre Kinder haben. Neben der Auswahl der Nahrungsmittel spielt es eine besonders grosse Rolle, dass Mahlzeiten in regelmässigen Rhythmen eingenommen werden, bestenfalls in der Gemeinschaft der Familie. Dies ist eine der wichtigsten familiären Präventionsmassnahmen, denn wie man heute weiss, weisen Kinder, die unregelmässig Essen, öfters Übergewicht und Adipositas aufweisen.

Obwohl diese Ratschläge für ein gesundheitsförderndes Essverhalten nicht neu sind, kann man ihre Durchführung nicht in allen Familien beobachten. Hierfür wären Interventionsansätze in schulischen Settings mit Einbezug der Eltern als eine Variante zur Förderung einer gelungen Esserziehung wünschenswert. Wie man beispielsweise mit einem quengelnden Kind umgeht, welches kein Gemüse essen möchte oder wie man gesundes Essen so präsentiert, dass es den kindlichen Appetit weckt, wären mögliche Fragen, die man dazu untersuchen könnte.

Neben der (falschen) Essensaufnahme ist mangelnde körperliche Aktivität bei adipösen Kindern und Jugendlichen festzustellen. Bewegungsmangel ist sowohl Grund als auch Folge von Adipositas und geht zudem oft mit übermässiger Mediennutzung ein-

her – und diese wiederum kann durch die Eltern kontrolliert werden. Die Steigerung körperlicher Aktivität und die gleichzeitige Verminderung des Bewegungsmangels sollte als Interventionsmassnahme von Eltern angewendet werden. Eltern, die selbst regelmässig in sportlich aktiv sind haben eine besonders wirksame Vorbildfunktion: Ihre Kinder haben statistisch gesehen den niedrigsten BMI. Durch das Beobachten der Eltern und ihrer sportlichen Betätigung steigt zudem auch das Interesse für die eigene Ausübung von Sportarten. Das Interesse der Eltern für die Sportart der Kinder steht dabei ebenfalls in wichtigem Bezug auf die Wirksamkeit dieser Massnahme.

Nachdem Eltern Bausteine für eine gesunde Lebensweise gelegt haben, liegt es an der Schule, diese zu festigen. Denn hier bietet sich die beste Möglichkeit verschiedenen Organisationen die Chance zu geben unterschiedliche Interventionsmassnahmen anzuwenden. Durch die hohe Erreichbarkeit, dank der fehlenden Selektion, werden auch Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien, einer Risikogruppe für Adipositas, erreicht. Das Präventionsdilemma soll durch die „Zugeh-Struktur“ der Organisationen vermindert und nicht nur Schüler, sondern auch ihre Eltern erreicht werden.

Die elterliche Beteiligung an schulischen Interventionsmassnahmen ist dabei für alle Parteien hilfreich: Lehrer können mit den Eltern Informationen austauschen und zusammen nach Lösungen für auftretende Probleme suchen. Gleichzeitig nehmen Eltern aktiv am Schulalltag ihrer Kinder teil und vermitteln ihren Kindern, dass sie Interesse an ihrem Leben haben. Um Eltern in ihrer gesundheitsfördernden Erziehung zu unterstützen, bieten Programme wie „Lions-Quest - Erwachsen werden“ Trainings zur Stärkung elterlicher Kompetenzen. Die elterlichen Kompetenzen können dann wiederum zuhause angewendet werden.

Neben der Kommunikation mit den Eltern stellt die Arbeit mit den Schülern die Hauptaufgabe der Organisationen, die entweder durch Vereine oder Bundesministerien unterstützt werden, dar. In der Verhaltensprävention können Lehrer auf emotionaler und kognitiver Ebene das Essverhalten der Kinder beeinflussen. Durch Einbezug von Themengebieten wie Ernährung, Bewegung, Lebensmittel und Essverhalten können Lehrer als Informationsstelle fungieren und Kindern ein besseres Verständnis für Gesundheit vermitteln. Diese Vermittlung findet in der Schule aber selten und unregelmässig statt. Hier fehlt es einerseits an spezifischen, lehrplanmässigen Unterrichtseinheiten zu gesundheitsförderndem Verhalten und andererseits müssten auf eine solche Erläuterung durch eine Verhaltensprävention begleitet werden, um ihre Wirksamkeit zu verstärken. Weil letzteres jedoch meistens ausbleibt ist die ernüchternde Konsequenz, dass die

meisten Kinder zwar wissen, was dick macht und was ungesund ist, dass sie es aber trotzdem essen.

Berücksichtigt man diesen Aspekt, so wird deutlich, dass sich viele neue Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung in der Verhältnisprävention finden lassen. Anstatt das Individuum als Ursache zu betrachten, versucht man hier die Umwelt gesundheitsfördernd zu gestalten. Bezogen auf die Schule kann das die Gestaltung der Pausen sein oder die Essensauswahl in der Kantine. Als musterhaftes Beispiel für eine gelungene verhältnisbezogene Interventionsmassnahme wurde die „trinkfit-Studie“ analysiert. Sie zeigte, dass die einfache Installation von einem Wasserspender das Trinkverhalten der Kinder verbesserte und das Risiko für Übergewicht bei normalgewichtigen Kindern um 31% minimierte. Durch begleitende Unterrichtseinheiten festigte man zudem das Verständnis der Kinder für den Wasserkonsum. Durch diese doppelte Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention konnte man eine langfristige Wirkung bei den Schülern erzielen.

Trotz der neuen Bedeutung, die Adipositas in den letzten Jahren erfahren hat, wurden nur relativ wenige grössere, aussagekräftige Studien über gelungene Massnahmen publiziert. Oft wurden Interventionen regional angewendet, oder gar nur an einer einzelnen Schule, und können deshalb nicht in ihrer Wirksamkeit belegt werden. Eine Möglichkeit, diese Lücke zu füllen, würden Bundesweite Interventionsmassnahmen bieten, welche zur flächendeckenden Implementierung wichtiger präventiver Schritte genutzt werden könnten. Mit einem bundesweiten Leitfaden zu Essensangeboten an Schulen ist ein erster Schritt in diese Richtung bereits getan. Jedoch gibt es noch einen grossen Nachholbedarf an wirksamen Massnahmen, damit Kinder und Jugendliche frühzeitig für einen gesunden Ernährungs- und Lebensstil sensibilisiert werden und man dadurch das Problem Adipositas und Übergewicht an der Wurzel angehen kann.

# Literaturverzeichnis

## 1. Monographien und Sammelwerke

Ammon, Andrea (2012): Epidemiologie der Infektionskrankheiten, in: Suerbaum, Sebastian u.a. (Hrsg.) (2012): Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, Berlin Heidelberg, S. 151-156.

Bier, Helmut (2004): Lions-Quest-Programm „Erwachsen werden“, in: Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (Hrsg.) (2004): Suchtvorbeugung, Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen. Informationsdienst zur Suchtprävention, Stuttgart, S. 57-65.

Bittlingmayer, Uwe H. (2009): Gesundheitsförderung im Setting Schule und ihre normativen Implikationen, in: Bittlingmayer, Uwe H. / Sahrai, Diana / Schnabel, Peter-Ernst (Hrsg.) (2009): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden, S. 269-299.

Bühler, Anneke / Cygan-Guglhör, Sieglinde (2004): ALF. lebenskompetent erwachsen werden, in: Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (Hrsg.) (2004): Suchtvorbeugung, Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen. Informationsdienst zur Suchtprävention, Stuttgart, S. 49-57.

Bühler, Anneke / Maiwald, Eva (2004): Effektivität suchtpreventiver Lebenskompetenzprogramme. Ergebnisse deutscher Evaluationsstudien, in: Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (Hrsg.) (2004): Suchtvorbeugung, Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen. Informationsdienst zur Suchtprävention, Stuttgart, S. 11-21.

Caplan, Gerald (1964): Principles of Präventive Psychiatry, New York

Ditton, Hartmut (2009): Familie und Schule. Eine Bestandsaufnahme der bildungssoziologischen Schuleffektforschung von James S. Coleman bis heute, in: Becker, Rolf (Hrsg.) (2009): Lehrbuch der Bildungssoziologie, Wiesbaden, S. 239-259.

Franzkoviak, Peter (2000): Gesundheitsberichterstattung im Setting Schule. Konzeption und Umsetzung, in: Sonntag, Ute u.a. (Hrsg.) (2000): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele, Weinheim und München, S. 71-79.

Frick-Kerber, Gabriele / Schneider, Rolf (2004): Lebenskompetenzförderung in den neuen Bildungsplänen 2004 in Baden-Württemberg, in: Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (Hrsg.) (2004): Suchtvorbeugung, Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen. Informationsdienst zur Suchtprävention, Stuttgart, S. 3-11.



Graf, Christine / Dordel, Sigrid / Koch, Benjamin (2010): Sport und Bewegung in der Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, in: Baumann, Klaus-Michael / Stiller, Niklas (Hrsg.) (2010): Bewegungstherapie bei internistischen Erkrankungen, Berlin Heidelberg, S. 77-84.

Hartung, Susanne (2014): Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit. Analyse des elterlichen Sozialkapitals in der schulischen Gesundheitsförderung, Wiesbaden.

Hartung, Susanne / Bittlingmayer, Uwe H.: Schulische Elternbildung im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsförderung und Präventionsdilemma. Eine empirische Studie zur integrierten schulischen Elternbildung von „Erwachsen werden“, Bielefeld, 2008.

Hartung, Susanne / Kluwe, Sabina / Sahrai, Diana (2011): Gesundheitsförderung und Prävention in Settings. Elternarbeit in Kitas, Schule und Familienhilfe, in: Schrott, Thomas / Hornberg, Claudia (Hrsg.) (2011): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden, S. 599-614.

Hauner, Hans / Bosy-Westphal, Anja / Müller, M.J. (2013): Definition - Klassifikation - Untersuchungsmethoden. Definition und Klassifikation der Adipositas, in: Wirth, Alfred /

Hauner, Hans (Hrsg.) (2013): Adipositas. Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie, Heidelberg, S. 1-6.

Hensen, Gregor (2008): Pädagogische Handlungsansätze der Gesundheitsförderung. Gesundheitspädagogik als individualisierte Bildungsanforderung, in: Hensen Gregor / Hensen Peter (Hrsg.) (2008): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden, S. 319-333.

Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 6., überarb. Aufl., Weinheim.

Hurrelmann, Klaus (1994): Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, 2., unveränd. Aufl., Weinheim und Basel.

Jungbauer-Gans, Monika / Hackauf, Horst (2008): Die Bedeutung von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, in: Hackauf, Horst / Jungbauer-Gans, Monika (Hrsg.) (2008): Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmassnahmen, Wiesbaden, S. 9-15.

Kempf, Hans-Dieter (2010): Die neue Rückenschule. Das Praxisbuch, Berlin Heidelberg.

Knoll, Klaus-Peter (2011): Kosten der Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland. Eine aktuelle Kostenstudie, Saarbrücken.

Kriwy, Peter (2008): Gesundheitsprävention und Gesundheitsverhalten bei Kindern, in: Hackauf, Horst / Jungbauer-Gans, Monika (Hrsg.) (2008): Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmassnahmen, Wiesbaden, S. 109-127.

Kuss, Oliver u.a. (2009): Cluster-randomisierte Studien der Pflegewissenschaft, Halle (Saale).

Lampert, Thomas et al. (2008): Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts als Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung, in: Hackauf, Horst / Jungbauer-Gans, Monika (Hrsg.) (2008): Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmassnahmen, Wiesbaden, S. 15-41.

Lohaus, Arnold / Domsch, Holger / Klein-Hessling, Johannes (2008): Zentrale Problem- und Anwendungsfelder. Gesundheitsförderung im Unterricht, in: Schweer, Martin K. W (Hrsg.) (2008): Lehrer-Schüler-Interaktion. Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und methodische Zugänge, Wiesbaden, S. 499-517.

Lohaus, Arnold (1993): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, Göttingen.

Meyer, Katharina (2009): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Bern.

Nehring, Ina / von Kries, Rüdiger / Ensenaue, Regina (2013): Pränatale Determinanten, in: Wirth, Alfred / Hauner, Hans (Hrsg.) (2013): Adipositas. Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie, Heidelberg, S. 49-55.

Robert Koch-Institut (2013): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Referenzperzentile für anthropometrische Masszahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), 2. erweiterte Aufl., Berlin.

Sahrai, Diana (2009): Die Kindertagesstätte als gesundheitsförderndes Setting. Zwischen normativen Idealen und alltagspraktischen Zwängen, in: Bittlingmayer, Uwe H.

/ Sahrai, Diana / Schnabel, Peter-Ernst (Hrsg.) (2009): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden, S. 236-267.

Schorb, Friedrich (2009): Dick, Doof, und Arm?. Die grosse Lüge vom Übergewicht und wer von ihr profitiert, München.

Schorb, Friedrich / Helmert, Uwe (2011): Kritische Betrachtungen zur Verwendung des Body-Mass-Index und der Gewichtsklassifizierung bei Minderjährigen, in: Zwick, Michael M. / Deutschle, Michael / Renn, Ortwin (Hrsg.) (2011): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Wiesbaden, S. 31-47.

Sommer, Dieter (2004): Investition in die Zukunft. Gesundheitsförderung in der Schule, in: Kuhn, Detlef / Sommer, Dieter (Hrsg.) (2004): Betriebliche Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte - Widerstände - Wirkungen, Wiesbaden, S. 223-233.

Trojan, Alf / Legewie, Heiner (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, Frankfurt am Main.

Wirth, Alfred (2013): Epidemiologie. Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas, in: Wirth, Alfred / Hauner, Hans (Hrsg.) (2013): Adipositas. Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie, Heidelberg, S. 25-35.

Zubrägel, Sabine / Settertobulte, Wolfgang (2003): Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen, in: Hurrelmann, Klaus u.a. (Hrsg.) (2003): Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, Weinheim und München, S. 159-183.

Zwick, Michael M. (2011): Die Ursachen der Adipositas im Kindes- und Jugendalter in der modernen Gesellschaft, in: Zwick, Michael M. / Deutschle, Michael / Renn, Ortwin (Hrsg.) (2011): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Wiesbaden, S. 71-90.

Zwick, Michael M. / Deutschle, Jürgen / Renn, Ortwin (2011): Einleitung, in: Zwick, Michael M. / Deutschle, Michael / Renn, Ortwin (Hrsg.) (2011): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Wiesbaden, S. 9-21.

## 2. Fachzeitschriften

Brich, Leann L. / Anzman-Frasca, Stephanie: Promoting Children's Healthy Eating in Obesogenic Environments. Lessons Learned from the Rat, in: *Physiol Behav.* (2011), Heft 4, S. 641-645.

Centers of Disease Control and Prevention: Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating, in: *Journal of School Health*, Heft 67, S. 9-26.

Dadaczynski, Kevin: Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung, in: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (2012), Heft 3, S. 141-153.

Egerter, Susan u.a.: Education matters for health, in: *Robert Wood Johnson Foundation* (2009), Heft 6, S. 1-15.

Golan, Moria / Crow, Schott: Parents Are Key Players in the Prevention and Treatment of Weight-related Problems, in: *Nutzion Reviews* (2004), Heft 1, S. 39-50.

Golan, Moria / Fainaru, Menahem / Weizman, Abraham: Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change, in: *International Journal of Obesity* (1998), Heft 22, S. 1217-1224.

Graf, Christina u. a.: Vorschläge zur Förderung der körperlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ein Expertenkonsens, in: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* (2013), Heft 5, S. 439-446.

Graf, Christina u. a.: Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität. Eine familiäre Aufgabe, in: *Deutsches Ärzteblatt* (2003), Heft 47, S. 3110-3114.

Hafen, Martin: Durchblick. Rehabilitation und Gesundheit, in: *Sozial Extra* (2007), Heft 6, S. 32-36.

Hammons, Amber J. / Fiese, Barbara H.: Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents?, in: *Pediatrics* (2011), Heft 6, S. 1565-1574.

Hansler, Gregor u.a.: The associations between psychopathology and being overweight. A 20-year prospective study, in: *Psychological Medicine* (2004), Heft 6, S. 1047-1057.

Hauner, Hans u.a.: Adipositas und Diabetes mellitus, in: *Diabetologie* (2009), Heft 6, S.144-149.

Hurrelmann, Klaus u.a.: Gesundheitsförderung durch Elternbildung in „Settings“. Strategien zur Erreichbarkeit sozial benachteiligter Mütter und Väter, in: Gesundheitsförderung und Prävention, 2013, Heft 4, S. 267-275.

Oertel, Reinhard / Walther, Andreas / Kirch, Wilhelm: Sport als Gesundheitsprävention und Gesundheitsrisiko, in: Prävention und Gesundheitsförderung (2009), Heft 4, S. 240-244.

Jann, Markus: Gesundheit mach Schule. Gesunde Lebenswelt Schule, in: Spectra 99 (2013), S. 1-12.

Krause, Laura / Kleiber, Dieter / Lampert, Thomas: Psychische Gesundheit von übergewichtigen und adipösen Jugendlichen unter Berücksichtigung von Sozialstatus und Schulbildung, in: Prävention und Gesundheitsförderung (2014), Heft 4, S. 264-273.

Koletzko, Berthold u. a.: Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter. Handlungsempfehlungen der Netzwerks „Gesund ins Leben- Netzwerk Junge Familie“, ein Projekt von IN FORM, in: Monatsschrift Kinderheilkunde (2013), Heft 12, S. 1187-1200).

Kromeyer-Hauschild, Kartin u.a.: Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, in: Monatsschrift Kinderheilkunde (2001), Heft 8, S. 807-818.

Kurth, Bärbel-Maria / Schaffrath Rosario, Angelika: Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (2010), Heft 7, S. 643-652.

Kurth, Bärbel-Maria / Schaffrath Rosario, Angelika: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (2007), Heft 5-6, S. 736-743.

LeBlanc, Allana G. u. a.: Systematic review of sedentary behaviour and health Indicators in the early years (aged 0-4 years), in: Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism (2012), Heft 4, S. 753-772.

Lytle, Leslie A.: Nutritional issues for Adolescents, in: Journal of the American Dietetic Association (2002), Heft 3, S. 8-12.

Mata, Jutta / Munsch, Simone: Adipositas von Kindern und Jugendlichen. Risiken, Ursachen und Therapie aus psychologischer Sicht, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (2011), Heft 5, S. 548-554.

Muckelbauer, Rebecca u.a.: Ansätze der Übergewichtsprävention durch verbessertes Trinkverhalten im Setting Grundschule, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (2011), Heft 3, S. 339-348.

Nöhammer, Elisabeth / Stummer, Harald: Die Bedeutung des Settings für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung, in: Prävention und Gesundheitsförderung (2011), Heft 5, S. 5.

Pudel, Volker: Verhältnisprävention muss Verhaltensprävention ergänzen, in: Ernährungs-Umschau 53 (2006), Heft 3, S. 95-98.

Rosenbrock, Rolf: Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention, in: Zeitschrift für Evaluation (2004), Heft 1, S. 71-80.

Schwimmer, Jeffrey B. / Burwinkle, Tasha M. / Varni, James W.: Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents, in: Journal of American Medical Association, Heft 14, S. 1813-1819.

Story, Mary / Neumark-Sztainer, Dianne / French, Simone: Individual and environmental influences on Adolescent Eating Behaviors, in: Journal of the American Dietetic Association (2002), Heft 3, S.40-51.

Wabitsch, Martin: Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Aufruf zum Handeln, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (2004), Heft 3, S. 251-255.

### **3. Hochschulschriften**

Fuchs, Salomé (2012): Der Settingansatz der Gesundheitsförderung in Grundschulen und sein Beitrag zur Kinderarmutsprävention. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Rosswein, S. 2-32.

### **4. Sonstige Schriften**

Hundeloh, H. / Schnabel, G. / Yurdatap, N. (Red.) (2004): Kongressdokumentation. Gute und gesunde Schule, Dortmund.

IKK-Bundesverband Bergisch-Gladbach (2006): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, Bergisch Gladbach

International Obesity TaskForce (IOTF) (2002): Obesity in Europe. The Case For Action, London.

World Health Organization (2010): Global recommendations on physical activity for health, Genf

## 5. Internetquellen

Bundesverband der Energie- und Wasserwirtschaft e.V. (Hrsg.): Ergebnisse. Studie belegt Nutzen der Aktion, 2007, in: <http://www.trinkfit-mach-mit.de/index.php?id=12> (Zugriff am 12. 06. 2015).

Cooper u. a. (Hrsg.): Association between parental and offspring adiposity up to midlife. The contribution of adult lifestyle factors in the 1958 British Birth Cohort Study, 2010, in: <http://ajcn.nutrition.org/content/92/4/946.full> (Zugriff am 20. 07. 2015).

Francis, Lori A. u. a. (Hrsg.): Parent Overweight Predicts Daughters' Increase in BMI and Disinhibited Overeating from 5 to 13 Years, Juni 2007, in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562317/> (Zugriff am 20. 07. 2015).

Institute of Medicine (Hrsg.): Committee on Obesity Prevention Policies for Young Children. Early childhood obesity prevention policies, 2011, in: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=13124&page=R1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13124&page=R1) (Zugriff am 11. 07. 2015).

Muckelbauer, Rebecca u. a. (Hrsg.): Promotion and provision of drinking water in schools for overweight prevention. Randomized, controlled cluster trial, April 2009a, in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19336356> (Zugriff am 12. 07. 2015).

Muckelbauer, Rebecca u.a. (Hrsg.): Long-term process evaluation of a school-based programme for overweight prevention, November 2009b, in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19702638> (Zugriff am 03. 06. 2015).

Must, Aviva / Barish, E. E. / Bandini, Linda (Hrsg.): Modifiable risk factors in relation to changes in BMI and fatness. What have we learned from prospective studies of school-aged children?, Juli 2009, in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19399020> (Zugriff am 12. 07. 2015).

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Das Robert Koch-Institut, 04.06.2013, in: [http://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html) (Zugriff am 27. 07. 2015).

Weyel, Volker (Hrsg.): Erwachsen werden. Das grösste immaterielle Gut des Menschen, in: Praxis Schule 5-10 Lebenswerte, Wiesbaden 2014: [http://www.lionsquest.de/fileadmin/content/Lions-Quest/Downloads/2014\\_08\\_-\\_LQ\\_EW-Infobroschüre.PDF](http://www.lionsquest.de/fileadmin/content/Lions-Quest/Downloads/2014_08_-_LQ_EW-Infobroschüre.PDF) (Zugriff am 16. 07. 2015).

World Health Organization WHO (Hrsg.): Obesity. Preventing and managing the global epidemic, 12. Dezember 2010, in: [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity\\_executive\\_summary.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity_executive_summary.pdf) (Zugriff am 15. 06. 2015).

World Health Organization WHO (Hrsg.): Basic Documents. Constitution of the World Health Organization, 2006, in: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (Zugriff am 05. 06. 2015)

World Health Organization WHO (Hrsg.): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986, o.J., in: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (Zugriff am 02. 07 .2015)



## Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

---

Ort, Datum

Vorname Nachname